

**UNIVERSIDADE DE ÉVORA / INSTITUTO POLITÉCNICO DE LISBOA**  
**MESTRADO EM INTERVENÇÃO SÓCIO-ORGANIZACIONAL NA SAÚDE**

Curso ministrado em associação com a  
**Escola Superior de Tecnologia da Saúde de Lisboa – IPL**  
Adequado ao Processo de Bolonha conforme Registo na DGES nº. R/B-AD-917/2007  
Publicado no DR, 2.ª série, n.º 11, 18 de Janeiro de 2010

Área de especialização  
**Políticas de Administração e Gestão de Serviços de Saúde**

**A segurança do doente**  
**na transferência de responsabilidades entre Enfermeiros:**  
**a importância da comunicação.**

Dissertação de Mestrado apresentada por:

**Luís Carlos Barata Gomes**

Nº m5065

Orientador:

**Prof. Doutor Paulo Sousa**

Co-Orientadora:

**Prof. Doutora Margarida Santos**

**Évora/Lisboa**  
**Outubro de 2011**

**UNIVERSIDADE DE ÉVORA / INSTITUTO POLITÉCNICO DE LISBOA**  
**MESTRADO EM INTERVENÇÃO SÓCIO-ORGANIZACIONAL NA SAÚDE**

Curso ministrado em associação com a  
**Escola Superior de Tecnologia da Saúde de Lisboa – IPL**  
Adequado ao Processo de Bolonha conforme Registo na DGES nº. R/B-AD-917/2007  
Publicado no DR, 2.ª série, n.º 11, 18 de Janeiro de 2010

Área de especialização  
**Políticas de Administração e Gestão de Serviços de Saúde**

**A segurança do doente**  
**na transferência de responsabilidades entre Enfermeiros:**  
**a importância da comunicação.**

Dissertação de Mestrado apresentada por:

**Luís Carlos Barata Gomes**

Nº m5065

Orientador:

**Prof. Doutor Paulo Sousa**

Co-Orientadora:

**Prof. Doutora Margarida Santos**

**Évora/Lisboa**  
Outubro de 2011

**Título:** “A segurança do doente na transferência de responsabilidades entre Enfermeiros: a importância da comunicação.”

**Palavras-chave:** qualidade em saúde; segurança do doente; passagens de turnos; passagem de turno entre enfermeiros.

Dissertação elaborada para a obtenção do grau de Mestre em **Intervenção Sócio-Organizacional na Saúde**, área de especialização em **Políticas de Administração e Gestão dos Serviços de Saúde**.

**Orientador:**

Prof. Doutor Paulo Sousa

Escola Nacional de Saúde Pública - Universidade Nova de Lisboa

**Co-Orientador**

Prof.<sup>a</sup> Doutora Margarida Santos

Escola Superior de Tecnologia da Saúde de Lisboa - Instituto Politécnico de Lisboa

Universidade de Évora

Escola Superior de Tecnologia da Saúde de Lisboa

Outubro de 2011

***“Nem tudo o que conta pode ser contado e,  
nem tudo o que pode ser contado conta.”***

*“Not everything that counts can be counted and,  
not everything that can be counted counts.”*

Albert Einstein (1879 - 1955)

Dedicado às pessoas que são o meu apoio.  
Aqueles cujo meu desejo pessoal de desenvolver  
este projecto também se assumiu como uma  
ambição e sem a inspiração dos quais seria  
impossível esta concretização.

## Agradecimentos

O desejo de produzir um pequeno contributo para o conhecimento e melhoria nas áreas científicas envolvidas, e especificamente, para a segurança do doente assumiu-se como o principal factor de motivação para a realização deste trabalho. Contudo face aos diversos desafios com os quais nos deparamos, e atendendo às diferentes, e por vezes difíceis, emoções despoletadas pelas tarefas que lhe são implícitas, a concretização deste projecto só foi possível com a fundamental colaboração de muitas pessoas às quais expresso o meu agradecimento:

- Ao Professor Doutor Paulo Sousa, pela disponibilidade e exemplar orientação na escolha do tema e motivação para as questões da qualidade e da segurança do doente;
- À Professora Doutora Margarida Santos, pela inextinguível atenção e dedicação dispensadas, para além da valiosa transmissão de conhecimentos;
- Ao Hospital da Luz, SA. pelo acolhimento e receptividade ao estudo;
- À equipa de enfermeiros do Serviço de Internamento médico-cirúrgico 3HA do Hospital da Luz, SA. pela preciosa colaboração científica e pessoal;
- Aos colegas de curso, pela entreaajuda, pela motivação e pela inspiração.
- À minha família e amigos pela constante exortação e apoio;

## Resumo

**Título:** “A segurança do doente na transferência de responsabilidades entre Enfermeiros: a importância da comunicação.”

A segurança do doente é hoje considerada uma questão prioritária nos cuidados de saúde. A comunicação, e especificamente a comunicação entre os profissionais de saúde, é consensualmente apontada como um dos determinantes da segurança do doente. A passagem de turno entre enfermeiros é um dos momentos mais comuns e reconhecidamente mais importantes de comunicação.

Com este estudo pretendeu-se compreender de que forma os enfermeiros percebem a passagem de turno enquanto momento de comunicação, o grau em que a avaliam como determinante para a segurança do doente e para a qualidade dos cuidados de saúde, e que mudanças advogam tendo em mente a sua melhoria.

Foi utilizada uma abordagem metodológica mista que integrou uma observação naturalista e uma entrevista-semiestruturada. Neste estudo participaram 44 enfermeiros de um serviço de internamento de adultos de um Hospital Privado.

De forma geral, foi possível concluir que a passagem de turno é percebida como um evento fundamental para os enfermeiros, descrita como um processo com algumas limitações que se prendem com as falhas na comunicação, a falta de competências, o tempo, o espaço e, sobretudo, deficiências relacionadas com a informação. Como forma de melhoria deste processo foram referidas aspectos relacionados com a organização; estrutura de informação; competências de comunicação; motivação da equipa; e barreiras estruturais do espaço físico. Considera-se que estes resultados podem contribuir para a promoção da efectividade e eficiências das passagens de turno e, deste modo para a melhoria da organização dos serviços e para a segurança do doente.

**Palavras-chave:** qualidade em saúde; segurança do doente; passagem de turnos; passagem de turno entre enfermeiros.

## Abstract

**Title:** “The patient safety in the transfer of responsibilities among nurses: the importance of communication.”

The patient safety is actually considered a priority issue in health care. Communication, specifically communication between health professionals, is widely regarded as one of the determinants of patient safety. The shift change among nurses is one of the most common and admittedly the most important communication.

This study aimed to understand how nurses perceive handovers as part of communication, the degree how which they see it as crucial to patient safety and quality of health care, and what changes they advocate for improvement. We used a mixed methodological approach that incorporated a naturalistic observation, and a semi structured interview. In this study, participated 44 nurses of an adult inpatient service of a Private Hospital.

Overall, it was concluded that the handover is perceived as a key event for nurses, described as a process with some limitations that arise from failures in communication, lack of skills, time, space and especially information-related disabilities. As a way of improving this process were those aspects of the organization, structure of information, communication skills, team motivation, and structural barriers of physical space. It is considered that these results can contribute to the promotion of effectiveness and efficiency of the nursing handover and thus to improve the organization of services and patient safety.

**Keywords:** health quality; patient safety; handover; nursing shift-change.



## Índice

Introdução .....	15
I - Enquadramento Teórico.....	17
1. Qualidade e Segurança do Doente .....	18
1.1. O Conceito de qualidade .....	18
1.2. A qualidade em Saúde.....	20
1.2.1. A gestão da qualidade .....	22
1.2.2. A melhoria contínua da qualidade .....	23
1.2.3. A gestão da qualidade total (GQT).....	24
1.2.4. A avaliação da qualidade em saúde .....	25
1.3. A segurança do doente como dimensão da qualidade em saúde .....	28
1.3.1. O erro e os eventos adversos na segurança do doente.....	30
1.3.2. As falhas de comunicação entre profissionais de saúde.....	31
2. Práticas de Enfermagem: os enfermeiros e a Segurança do Doente.....	33
2.1. Enfermagem: do cuidar à segurança.....	34
3. Os momentos de passagem de turnos: .....	36
a comunicação na transferência de responsabilidades .....	36
3.1. As dimensões das passagens de turnos .....	38
3.2. A Passagem de turno entre enfermeiros: .....	42
as passagens na prestação contínua de cuidados de enfermagem.....	42
3.2.1. Barreiras e limitações da PT entre enfermeiros .....	44
3.3. O processo de comunicação na transferência de responsabilidades entre enfermeiros.....	49
4. A segurança do doente e a importância da comunicação nos momentos de passagens de turnos.....	51
4.1. Desenvolvimentos recentes na melhoria da comunicação entre profissionais de saúde .....	53
II - Enquadramento metodológico .....	57
5. Objectivos da investigação.....	58
5.1. Objectivo geral.....	58
5.2. Objectivos específicos: .....	58

6. Desenho do Estudo .....	59
6.1. Tipo de Estudo.....	59
6.2. População e amostra .....	59
6.3. Instrumentos de recolha de dados.....	60
6.4. Pré-teste.....	62
6.5. Procedimento de investigação .....	62
6.6. Análise de dados .....	63
7. Apresentação de resultados .....	64
7.1. Caracterização do serviço de internamento médico-cirúrgico 3HA do Hospital da Luz, SA.....	64
7.1.1. Caracterização da Equipa de Enfermagem .....	64
7.2. Caracterização do processo de passagem de turno no serviço 3HA .....	65
7.3. A percepção dos Enfermeiros sobre a PT no SIM-3HA .....	74
8. Discussão dos Resultados .....	93
9. Projecto de intervenção Organizacional .....	120
10. Conclusão - súmula conclusiva.....	122
Bibliografia .....	124
Anexos.....	0

## Índice de Gráficos

Gráfico 1	Distribuição por escalão etário	65
Gráfico 2	Tempo de experiência Profissional	65
Gráfico 3	Liderança da passagem de turno	66
Gráfico 4	Início da Passagem de turno na hora definida	66
Gráfico 5	Fim da Passagem de turno na hora definida	67
Gráfico 6	Comunicação face a face	67
Gráfico 7	Comunicação directa entre os enfermeiros de saída e entrada	67
Gráfico 8	Utilização de linguagem científica durante a PT	68
Gráfico 9	Utilização de linguagem informal durante a PT	68
Gráfico 10	Estrutura das informações durante a PT	68
Gráfico 11	Falta de estrutura das informações durante a PT	68
Gráfico 12	Informações pendentes de validação durante a PT	68
Gráfico 13	Informações omitidas durante a PT	69
Gráfico 14	Informações erradas durante a PT	69
Gráfico 15	<i>Readback</i> durante a PT	69
Gráfico 16	Solicitação de esclarecimentos durante a PT	69
Gráfico 17	Transmissão de alertas prementes durante a PT	69
Gráfico 18	Transmissão de riscos do doente durante a PT	69
Gráfico 19	Transmissão de alertas farmacológicos durante a PT	70
Gráfico 20	Transmissão de recomendações durante a PT	70
Gráfico 21	Preparação da PT	70
Gráfico 22	Totalidade dos enfermeiros seguintes presentes no início da PT	70
Gráfico 23	Totalidade dos enfermeiros seguintes sentados durante a PT	70
Gráfico 24	Folha de PT disponível no início de cada PT	71
Gráfico 25	Interferências na PT - Interrupções pelo doente	71

Gráfico 26	Interferências na PT - Interrupções pelos familiares	71
Gráfico 27	Interferências na PT - Interrupções por outros membros da equipa	71
Gráfico 28	Presença de Enfermeiro fora da PT	71
Gráfico 29	Interrupções da PT - Discussão	72
Gráfico 30	Interrupções da PT - Outros motivos	72
Gráfico 31	Recurso ao Sistema de Informação durante a PT	72
Gráfico 32	Avaliação da familiaridade com o doente	72
Gráfico 33	Responsabilização do enfermeiro seguinte durante PT	73
Gráfico 34	Responsabilização por situações pendentes durante a PT	73
Gráfico 35	Demonstração de falta de competências durante a PT	73
Gráfico 36	Partilha de dificuldades durante a PT	73
Gráfico 37	Discussão do quadro clínico durante a PT	73
Gráfico 38	Discussão do plano de cuidados durante a PT	73
Gráfico 39	Envolvimento do doente na PT	74
Gráfico 40	Distribuição da amostra por género	74
Gráfico 41	Acessibilidade da Informação durante a PT	75
Gráfico 42	Relevância das informações transmitidas durante a PT	75
Gráfico 43	Organização das informações durante a PT	76
Gráfico 44	Relevância da experiência profissional na PT	76
Gráfico 45	Confiança na informação transmitida durante a PT	76
Gráfico 46	Percepção dos Enfermeiros quanto ao tempo disponibilizado para a PT	76
Gráfico 47	Percepção dos Enfermeiros quanto à duração média da PT	77
Gráfico 48	Percepção dos Enfermeiros quanto ao espaço da PT	77
Gráfico 49	Satisfação dos enfermeiros com a PT	77
Gráfico 50	Satisfação com a qualidade da PT	78

## Índice de Figuras

Figura 1	O Ciclo de Deming	24
Figura 2	O modelo do queijo suíço	31
Figura 3	As dimensões do processo de passagens de turnos	39

## Índice de Tabelas

Tabela 1	Metas de segurança para uma comunicação eficaz	53
Tabela 2	Duração das Passagens de turno (h:min:seg)	67
Tabela 3	Caracterização da idade da amostra	74
Tabela 4	Distribuição das unidades de contexto, de registo e de enumeração, das respostas dos enfermeiros relacionadas com a descrição do processo de PT pelos Enfermeiros	78
Tabela 5	Distribuição das unidades de contexto, de registo e de enumeração, das respostas dos enfermeiros relacionadas com a informação transmitida durante a PT	82
Tabela 6	Distribuição das unidades de contexto, de registo e de enumeração, das respostas dos enfermeiros relacionadas com as funções da PT	85
Tabela 7	Distribuição das unidades de contexto, de registo e de enumeração, das respostas dos enfermeiros relacionadas com as vantagens da PT	87
Tabela 8	Distribuição das unidades de contexto, de registo e de enumeração, das respostas dos enfermeiros relacionadas com as limitações e oportunidades de melhoria do processo de PT	89

## Abreviaturas

AMA - Australian Medical Association

AHQR - Agency for Healthcare Research and Quality

ACSHQC - Australian Commission on Safety and Quality in Health Care

BMA - British Medical Association

Ciclo *PDCA* / Ciclo de Deming - *Plan; Do; Check; Act*

EA - Evento Adverso

GQT - Gestão da Qualidade Total

JACHO / Joint Commission - *Joint Commission on Accreditation of Health Care Organizations*

ICN - International Council of Nurses

IHI - *Institute for Healthcare Improvement*

IoM - *Institute of Medicine*

IQS - Instituto da Qualidade em Saúde

NAPS - *National Agency for Patient Safety*

NKE - Nursing Knowledge Exchange

OMS - Organização Mundial de Saúde

OE - Ordem dos Enfermeiros

PT - Passagem de Turno

REPE - Regulamento do Exercício Profissional do Enfermeiro

SBAR - *Situation, Background, Assessment, Recommendation*

SIMPATIE - *Safety Improvement for Patients In Europe*

SIMC-3HA - Serviço de internamento médico-cirúrgico 3HA

TQM - *Total Quality Management*

## Introdução

O desenvolvimento do conhecimento científico e tecnológico do último século foi responsável pela sofisticação dos cuidados de saúde. Esta sofisticação traduziu-se na diminuição da morbilidade e mortalidade dos doentes, e simultaneamente, trouxe novos desafios e a necessidade de novas formas de avaliação e gestão dos serviços de saúde. Para responder a esta exigência, assistiu-se no final do século XX à transposição para a saúde, dos métodos e ferramentas da gestão da qualidade em uso na área industrial. E, tal como acontece nestas áreas, a qualidade afirmou-se como um importante instrumento na administração, gestão e regulação destas organizações (Balsanelli & Jericó, 2005).

Os cuidados de saúde de qualidade surgem no actual domínio de acesso e prestação, como preponderantes na avaliação dos resultados obtidos, quer para as organizações, quer para os consumidores. Na actualidade, de entre os domínios da qualidade em saúde, a segurança do doente está na ordem do dia (França, 2005; Sousa, 2010).

É inevitável quando se pensa na prestação de cuidados de saúde, não pensar na sua qualidade e nos riscos que se lhe associam. Torna-se assim fulcral a questão da segurança do doente quando este acorre à aquisição de um determinado serviço de saúde. São diversas as ameaças e desafios identificados, pois o erro está sempre presente em qualquer sistema que envolve a prestação de cuidados (Fragata & Martins, 2004; Sousa, 2006).

É neste domínio que surge a necessidade de melhoria da comunicação entre os profissionais, como meio de promoção da segurança do doente. Identificada como uma área carente de atenção, a comunicação, como instrumento para a prestação de cuidados, tem sido alvo de diversos estudos e projectos com vista a torná-la mais efectiva e eficiente (JCHAO, 2005; Jeffcott, Evans, Cameron, Chin, & Ibrahim, 2009).

A necessidade de cuidados de saúde que envolvem largos períodos de tempo, como acontece de forma sistemática nas instituições hospitalares, exige dos profissionais competências para funcionarem em turnos operacionalizáveis em cada dia de trabalho (Borowitz, et al., 2008). Esta prática levou a mudanças nos cuidados individuais do doente e à introdução de momentos de transferência de responsabilidades, ou seja, a situações em que os médicos ou enfermeiros, que estiveram no cuidado do doente procedem à transferência do seu cargo para um novo grupo de cuidadores. Estes momentos na literatura são denominados como *handover* ou passagens de turno. Este



termo define a transmissão de informação e responsabilidades sobre um doente, entre profissionais, na continuidade da prestação de cuidados de saúde (BMA, 2005; JCHAO, 2005).

Dependendo da configuração dos serviços de saúde e das necessidades do doente, estas transições podem ocorrer com maior ou menor frequência. No entanto, a complexidade dos cuidados de saúde implica a correspondente divisão do trabalho complexo, que leva a mais transmissões nos cuidados (Friesen, White, & Byers, 2008).

Neste enquadramento, a transmissão de informações e responsabilidades é um processo de comunicação, que está implicitamente presente e que é hoje considerado determinante para o êxito e qualidade dos cuidados (Friesen, White, & Byers, 2008). A transmissão de informações e responsabilidades é amplamente considerada como uma potencial fonte de falhas e erros (IoM, 2001).

O problema da compreensão de como as transições podem contribuir para o sucesso ou fracasso dos cuidados é agravado pelo facto de este ser um fenómeno muito heterogéneo, já que é, normalmente visto como um exercício de comunicação, servindo também outras necessidades importantes como a formação, a coesão da equipa e a socialização. Mais, embora ainda não tenha atingido a consciência geral dos profissionais, alguns relatam que as passagens de turno podem realmente ser mecanismos de identificação e recuperação de falhas e não apenas as fontes de vulnerabilidade. Isto vem mostra-nos que, passagens de turno são muito mais complexas do que anteriormente se pensava e que essa complexidade não é ainda devidamente conhecida (Behara, et al., 2005).

É neste âmbito que se insere este trabalho. A finalidade deste estudo é conhecer o fenómeno das passagens de turno entre os Enfermeiros de um serviço de internamento e compreendermos a percepção destes profissionais sobre a forma como comunicam. Foi definido como objectivo geral contribuir para o conhecimento do processo de transferência de responsabilidades durante a passagem de turno, como ponto de importante influência na qualidade dos cuidados e segurança do doente.

A estruturação do trabalho que aqui se apresenta compreende: a conceptualização teórica (assente em quatro áreas temáticas: Qualidade em Saúde, Segurança do doente, *Handover* e passagem de turno e Comunicação); o desenho metodológico da investigação; a apresentação dos resultados; a discussão e as principais conclusões. Por último é apresentado um plano de intervenção sócio-organizacional, onde, através da reflexão efectuada ao longo deste trabalho, se apresentam possíveis soluções para melhoria do problema em estudo.

## **I - Enquadramento Teórico**

## 1. Qualidade e Segurança do Doente

*“Quality has to be caused, not controlled.”*

Philip Crosby (1926-2001)

A preocupação com a qualidade é inerente ao ser humano, tendo vindo a evoluir com ele. Neste sentido muitos têm sido os esforços desenvolvidos com o objectivo de perceber mecanismos para a alcançar (D’Innocenzo, Adami, & Cunha, 2006). A qualidade é considerada universalmente como um atributo preponderante na vida de cada um de nós e na vida das organizações (Gomes, 2004).

Inicialmente este conceito referia-se apenas à avaliação do produto final, ou seja, à adequação de um produto às necessidades do cliente. Contudo, com o progredir do desenvolvimento tecnológico e das sociedades, o conceito estendeu-se à avaliação de serviços. Neste contexto, a avaliação da qualidade dos serviços revelou-se mais complexa, porque desde logo o cliente valoriza como componente da qualidade de um serviço não apenas o seu resultado, mas também o processo pelo qual é prestado (Carapeto & Fonseca, 2005). O que está em causa, então, não é apenas os ganhos pela aquisição de um serviço, mas também a forma como ele é prestado (Vasconcellos, 2002).

Neste enquadramento, importa referir que um produto é um produto de qualidade quando cumpre a sua função; já um serviço, diz-se de qualidade quando vai ao encontro ou supera as expectativas do cliente (Gomes, 2004; Monteiro, 2008).

Pretendendo enquadrar a problemática deste estudo, apresentamos em seguida o desenvolvimento do conceito de qualidade, e de qualidade em saúde.

### 1.1. O Conceito de qualidade

A preocupação com a qualidade remonta a épocas antigas, mas o conceito foi definido ao longo da história pelo desenvolvimento humano (Paladini, 1995). Nos primórdios, o principal método de controlo da qualidade resultava da supervisão do mestre sobre o

aprendiz, com o objectivo de evitar falhas no processo de manufacturação (Júnior & Vieira, 2002).

Com o advento da industrialização do início do Século XX, a divisão do trabalho, o uso intenso de máquinas para auxiliar a produção em massa e a forte preocupação com a uniformidade dos produtos deram origem à actividade de inspecção (Monteiro, 2008). A 2ª Guerra Mundial marcou o controlo estatístico da qualidade, pela exigência de fiabilidade e quantidade dos produtos (sobretudo bélicos) (Júnior & Vieira, 2002). Em 1927, **Deming** (1982), considerado o precursor do movimento de gestão pela qualidade (Gomes, 2004), dá início ao controlo estatístico da qualidade (Deming, 1982; D’Innocenzo, Adami, & Cunha, 2006).

No entanto, é no período pós-guerra, nas décadas de 40 a 60, sobretudo no Japão, que a motivação da necessidade de reconstrução leva a grandes contributos para evolução do conceito de qualidade, contributos esses que vão para além do controlo estatístico (Júnior & Vieira, 2002).

Em 1951, **Juran** apresentou a sua perspectiva que reflectia os custos da não-qualidade para as organizações. Para este autor, qualidade é a adequação ao uso através da satisfação das aspirações do cliente (Juran, 1951). A sua metodologia de gestão da qualidade ficou conhecida pela **Trilogia de Juran**, sintetizada em três fases: Planeamento (o processo de estabelecer os objectivos da qualidade e os planos para alcançar esses objectivos), Controlo (o processo de avaliar o desempenho actual, compará-los com os objectivos e agir nas diferenças) e Melhoria (melhorar os níveis actuais de desempenho da qualidade) (Quinto-Neto & Gastal, 1997).

Outro contributo, de reconhecida importância, foi o de **Feigenbaum**, em 1961, que propôs um conceito mais avançado, o do **Controlo Total da Qualidade** (Júnior & Vieira, 2002). Feigenbaum (1961) define qualidade como a satisfação das expectativas do cliente, com o esforço de todos os que colaboram com a Organização (Feigenbaum, 1961). Feigenbaum foi na realidade o grande impulsionador da ênfase que começa a ser atribuída à melhoria da comunicação nas organizações (Gomes, 2004).

No mesmo sentido, **Crosby** (1979), defendeu o conceito de **zero defeitos** ou a produção sem defeito. Também para este, a qualidade é a conformidade com as especificações do cliente (Bueno, 2001; Santos A. J., 2008).

Na década de 80, no advento do seu trabalho, surgiu o **Ciclo de Deming** (“Plan”, “Do”, “Check”, “Act”) (Stoecklein, 2005; Sousa, 2010); instrumento ainda válido actualmente na melhoria dos processos de qualidade. De acordo com o seu autor, Deming (1990), um produto para ter qualidade deve satisfazer os seus clientes (a qualidade é definida pelas exigências do consumidor) e ter em conta a perspectiva de quem avalia (satisfação do cliente e melhoria contínua). A sua mensagem centrava-se na diminuição

da variabilidade para aumentar a qualidade (Lopes & Capricho, 2007). E defendia a motivação dos trabalhadores com o envolvimento da gestão de topo no processo de melhoria contínua da qualidade (Gomes, 2004).

Segundo Ishikawa (1985), o conceito de qualidade está associado à rápida percepção e satisfação das necessidades do mercado, à adequação ao uso dos produtos e à homogeneidade dos resultados do processo (baixa variabilidade) (Ishikawa, 1985). À semelhança de Juran (1988), Ishikawa define gestão de qualidade como o desenvolvimento, produção e serviço de um produto, da forma mais económica, útil e satisfatória para o consumidor. (Ishikawa, 1997; Turchi, 1997; Bueno, 2001).

A contribuição de Garvin (1987) para a evolução do conceito de qualidade é substancialmente diferente dos autores anteriores. Com base na sua análise dos conceitos anteriores, descreveu diferentes dimensões da qualidade: **performance, características, fiabilidade, conformidade, durabilidade, serviço, aparência e qualidade percebida** (Garvin, 1987; Gomes, 2004). O autor afirma que cada categoria é fechada e distinta, pois um produto ou serviço pode ser bem cotado numa dimensão, mas não noutra (Garvin, 1988).

Em complemento, Oakland (1994) afirma que a noção de qualidade depende basicamente da percepção de cada cliente. De acordo com Wernke (2000), um produto de qualidade, na visão do cliente, é aquele que atende às necessidades e que está dentro de sua possibilidade de compra. Mas Caravantes (1997) afirma que também as empresas têm sua própria visão de qualidade. Apesar do esforço, permanece a dificuldade em definir, precisamente, o que seja o atributo qualidade de um produto ou serviço. Esta dificuldade existe porque a qualidade pode assumir distintos significados para diferentes pessoas e situações (Toledo, 1997).

As diferentes abordagens que foram analisadas assentam num pressuposto comum que é a satisfação das necessidades dos clientes. Esta satisfação pode estar representada na adequação ao uso defendida por Juran (Quinto-Neto & Gastal, 1997; Sousa, 2010) ou na resposta às expectativas do consumidor.

Importa agora perceber de que forma o conceito de qualidade se operacionaliza nos contextos de saúde.

## 1.2. A qualidade em Saúde

A aplicação dos conceitos e dos modelos de gestão da qualidade do sector industrial, na área da saúde, não pode ser feito de forma linear e tem sido considerado um dos

principais factores que tem condicionado a adopção e implementação de uma verdadeira cultura de qualidade nos sistemas de saúde (Sousa, 2010).

O interesse e o estudo da qualidade no sector da saúde é relativamente recente. No início do século XX, em 1913, o cirurgião **Ernest Codman** publicou os primeiros trabalhos sobre a necessidade e a importância de garantir a qualidade dos serviços de saúde e das intervenções médicas (Quinto-Neto & Gastal, 1997). Focou a sua atenção na necessidade de avaliação, medição de resultados e redução da variabilidade, aspectos ainda hoje fulcrais.

A evolução destas experiências e esforços proporcionou as bases para a construção de uma “Teoria de Qualidade em Saúde”, que tem em **Donabedian** (1989) o seu principal expoente. Neste momento o debate sobre a qualidade em saúde referia-se apenas à qualidade na sua dimensão técnica, ou seja, à capacidade dos profissionais da saúde de escolherem as práticas clínicas consideradas mais adequadas e em linha com o progresso do conhecimento técnico-científico (Serapioni, 2009).

A partir da década de 80 a qualidade em saúde focalizou-se nos aspectos organizacionais e nos processos de gestão que as abordagens precedentes não consideravam (Giarelli, 2002). Na década de 90, a visão do doente passa a ser considerada essencial a par da perspectiva técnica e da organizacional. Instrumentos como questionários, grupos de interesse, análise de queixas e reclamações dos doentes, análise dos processos de fluxo dos doentes e várias tipologias de estudos etnográficos representam as estratégias possíveis para identificar a qualidade percebida pelos consumidores dos serviços de saúde (Serapioni, 2009).

De acordo com Vuori (1991), Uchimora & Bosi (2002) e Kemple (2009), o conceito de qualidade em saúde tem diversas perspectivas e tem sido conceptualizado de forma distinta. Mais, de acordo com Quinti (2001), só no contexto dos sistemas europeus de saúde, por exemplo, foram identificadas 60 diferentes abordagens do tema da qualidade dos serviços de saúde.

Um dos autores mais referidos na literatura, Palmer (1982), define a **qualidade em saúde** como a *“satisfação de uma população, com as limitações tecnológicas existentes, os recursos disponíveis e as características dos utentes”* (Palmer, 1982, p. 761).

Por sua vez, a Organização Mundial de Saúde (OMS, 1993) define a qualidade em saúde em função de um conjunto de elementos que incluem: um alto grau de competência profissional, a eficiência na utilização dos recursos, um mínimo de riscos e um alto grau de satisfação dos doentes e um impacto favorável na saúde.

Na integração destes princípios, o Ministério da Saúde Português, em 1999, definiu que qualidade em saúde:

*“ (...) é satisfazer e diminuir as necessidades e não responder à procura, oferecendo mais; é ser proactivo para prevenir e dar resposta e não para a procura de novas oportunidades de mercado; é reunir integradamente como atributo a efectividade, eficiência, aceitabilidade e a equidade e não a exigência única de aceitabilidade”* (Ministério da Saúde, 1999).

Esta definição incorpora os dois aspectos distintos da qualidade, a qualidade centrada na organização interna da entidade prestadora e a focalizada na satisfação do doente.

Na perspectiva do *Institute of Medicine* (IoM) (1990) a qualidade na saúde é definida como *“o grau em que os serviços de saúde aumentam a probabilidade de resultados de saúde desejados e são consistentes com o conhecimento profissional actual”* (IoM, 1990). A *Joint Commission*, formalmente *Joint Commission on Accreditation of Health Care Organizations* (JCAHO), acrescenta ainda *“a redução da possibilidade de ocorrência de resultados indesejados”*, como componente de qualidade (JCAHO, 1993).

Ainda a este respeito, de acordo com Quinto-Neto & Gastal (1997), e em coerência com o modelo médico, a qualidade em saúde procura garantir ao doente que toda a organização está voltada para maximizar os cuidados e benefícios; e minimizar os riscos inerentes à prestação e cuidados de saúde, complementam Gastal & Leite (1992).

A qualidade em saúde surge assim, como uma exigência de todos os envolvidos nos cuidados de saúde e é vista como um atributo essencial para o sucesso das organizações (Pisco & Biscaia, 2001). A crescente procura por cuidados de saúde, a maior atenção da população nos aspectos de qualidade, o aumento dos custos, os recursos limitados (Fadel & Filho, 2009), a alteração dos mecanismos de financiamento, e as evidências de variações na prática clínica têm aumentado o interesse em avaliar, medir e melhorar a qualidade dos cuidados de saúde em muitos países do mundo (Barros, 1998; Campbel, Roland, & Buetow, 2000; Carneiro A. , 2003; Sousa, 2010).

Para uma melhor compreensão da conceptualização de qualidade no âmbito dos serviços de saúde importa, tal como defendido por Sousa (2010), uma breve abordagem dos conceitos fundamentais que lhe são intrínsecos como: «gestão da qualidade»; «melhoria contínua da qualidade» e «avaliação da qualidade».

### 1.2.1. A gestão da qualidade

A gestão da qualidade é o processo de conceber, controlar e melhorar os processos de uma organização. Segundo Imperatori, (1999,p. 164) a gestão da qualidade diz respeito ao *“processo contínuo de planeamento, implementação e avaliação das estruturas de garantia, sistemas, procedimentos e actividades ligadas à qualidade”*.

Este conceito congrega todas as funções envolvidas na determinação e obtenção da qualidade, através da trilogia de Juran (Sousa, 2010).

Os sistemas da qualidade proporcionam os instrumentos necessários para assegurar que os requisitos e actividades especificados sejam acompanhados e verificados de uma forma planeada, sistemática e documentada. Deste modo, estabelecer um sistema de qualidade significa aumentar a certeza do cumprimento dos requisitos e das actividades especificados.

### 1.2.2. A melhoria contínua da qualidade

A necessidade de um sistema da qualidade foi identificada quer pela OMS Europa, na declaração "Saúde para todos no ano 2000", na sua Meta 31, quer pelo Conselho da Europa, na sua Recomendação nº17/97 do Conselho de Ministros; sendo consensual a sua definição como "um conjunto integrado de actividades planeadas, baseado na definição de metas explícitas e na avaliação do desempenho, abrangendo todos os níveis de cuidados, tendo como objectivo a melhoria contínua da qualidade dos cuidados".

Para Øvretveit (2003) a melhoria contínua da qualidade nos serviços de saúde concretiza-se no âmbito de um sistema de qualidade, cujos objectivos se prendem com a correcção dos erros do sistema, a redução da variabilidade indesejada, ser um processo de melhoria contínua num quadro de responsabilidade e de participação colectiva.

A melhoria contínua da qualidade está patente nos autores da qualidade que enunciamos, mas ressalta o trabalho de Deming e o instrumento que concebeu: O método **PDCA/ Ciclo de Deming**. Este método, baseado no controlo de processos, foi desenvolvido na década de 30 pelo americano Shewhart, mas foi Deming o seu maior divulgador (Lopes & Capricho, 2007).

Assim, e de acordo com o ciclo **PDCA** podemos sintetizar um processo de melhoria nas seguintes etapas: **Planear (Plan)** - o que será feito, estabelecer metas e definir os métodos que permitirão atingir as metas propostas; **Executar (Do)** - as iniciativas de acordo com o planeado; **Verificar (Check)** - os resultados que estão a ser obtidos e, verificar continuamente para aferir se os processos estão a ser executados conforme planeados (monitorização contínua); e por fim, **Corrigir (Act)** - se for necessário, executar acções correctivas ou de melhoria, caso seja constatada na fase anterior a necessidade de melhorar processos (Imperatori, 1999; Lopes & Capricho, 2007; Santos-António & Teixeira, 2009).



Ou seja, a melhoria da qualidade nos serviços de saúde implica a elaboração de um processo estruturado para elencar oportunidades e soluções de problemas de qualidade. Mas, se por um lado a melhoria da qualidade requer mudança, nem toda a mudança se traduzirá em melhoria de qualidade (Massoud, 2001).



Figura 1 - o Ciclo de Deming adaptado de Sousa (2010)

Assim, de acordo com Pisco e Biscaia (2001), a melhoria implica mudar: de uma prática baseada na experiência, para uma prática baseada na evidência científica e na escolha informada do cidadão; de uma melhoria baseada apenas no desempenho profissional, para uma melhoria de cuidados envolvendo os cidadãos como parceiros; de uma qualidade mono-disciplinar, para cuidados partilhados e melhoria dos processos complexos dos cuidados de saúde; de uma formação profissional contínua e avaliações de qualidade, para uma gestão da doença num quadro de melhoria contínua da qualidade (Pisco e Biscaia, 2001).

Neste enquadramento importa compreender como é possível concretizar o processo de melhoria contínua, bem como, quais os pressupostos para a sua concretização.

### 1.2.3. A gestão da qualidade total (GQT)

O desenvolvimento contínuo da qualidade é o processo pelo qual a qualidade é alvo de permanente melhoria, baseado nos princípios de que a qualidade deve ter objectivos específicos, deve ser avaliada e os melhores resultados devem ser identificados. A qualidade deve ser melhorada analisando e utilizando conhecimentos específicos na obtenção dos melhores resultados e o processo deve ser aplicado de forma contínua (OMS, 2004).

De acordo com Lopes & Capricho (2007) o conceito de **Gestão da Qualidade Total** (GQT, ou do inglês, *total quality management* - TQM), é definido como um sistema para o desenvolvimento, manutenção e melhoria da qualidade dentro das diversas unidades de uma Organização, com vista à produção de serviços que vão de encontro às necessidades dos utilizadores. Estes autores salientam que é necessário o envolvimento de todas as divisões de uma Organização e citam Ishikawa (1997), que considerou essencial educar cada um em cada divisão e deixar cada pessoa executar e promover o controlo da qualidade (Lopes & Capricho, 2007). Ainda, de acordo com

Oakland, a GQT é uma abordagem para melhorar a competitividade, a eficácia e a flexibilidade de uma organização.

Um aspecto fundamental é o ênfase no processo e não no trabalhador, sendo o objectivo a melhoria constante. A GQT assenta em oito elementos chave: ética, integridade, confiança, treino, trabalho de equipa, liderança, reconhecimento e comunicação (Fragata, 2006). Ainda de salientar, é o facto de este método partir do princípio de que os recursos humanos são uma mais valia basilar; bem como Fragata (2006), que destaca a necessidade de desenvolvimento de competências para o envolvimento das pessoas no processo de GQT.

Também Martinez & Gonçalves (2000) insistem que o controlo da qualidade total, não deve ser encarado como um procedimento burocrático e de penalização, mas, pelo contrário, como um instrumento, uma ferramenta, um recurso indispensável no encontro com as preferências dos doentes.

São múltiplos os agregados conceptuais que visam caracterizar gestão da qualidade dos serviços de saúde, no entanto todos os agentes se movem no sentido da sua medição. Importa para além de definir e melhorar, avaliar a qualidade e perceber em que medida ela está presente nas organizações. O centro da questão assenta em fundamentar a escolha individual de acordo com critérios de qualidade objectivos e procurar os melhores resultados e benefícios dos serviços de saúde.

#### 1.2.4. A avaliação da qualidade em saúde

Existe actualmente um conjunto alargado de mecanismos de avaliação, interna e externa, de aferição, de auditoria e de *benchmarking*, que permitem conhecer e comparar diferentes prestadores, planos de saúde, populações, regiões, países, ou estratégias terapêuticas, tendo como referência uma norma, a melhor evidência disponível ou uma prática de excelência (Ovretveit J. , 2001; Sousa, 2010).

O desenvolvimento da avaliação qualitativa deu-se, inicialmente, devido ao impulso da procura do controlo sobre as más práticas clínicas e sobre uma esfinge punitória (Pisco & Biscaia, 2001) e posteriormente, para dar resposta à pressão no controlo da sociedade sobre os gastos em saúde (Reis, et al., 1990).

No contexto actual de medição da qualidade em saúde, a avaliação é relevante para:

- As **organizações de saúde**, na procura da melhoria contínua e face à melhoria dos resultados económicos (Martinez & Gonçalves, 2000; Milutinovic, Brestovacki, & Martinov-Cvejin, 2009);
- Os **profissionais**, na redução da variabilidade, na prestação dos melhores cuidados e na responsabilização contínua;

- Os **doentes**, na procura dos melhores cuidados possíveis (Donabedian, 1997).

Um dos primeiros contributos para a definição e operacionalização do conceito de qualidade em saúde foi dado por **Avedis Donabedian** (1966). Considerado pioneiro no sector da saúde, foi o primeiro autor a dedicar-se de maneira sistemática a estudar e publicar sobre a avaliação da qualidade em saúde (Donabedian, 2005). O quadro conceptual desenvolvido por Donabedian é fundamental para a compreensão da avaliação de qualidade em saúde, a partir dos conceitos de **estrutura**, **processo** e **resultado** (Campbel, Roland, & Buetow, 2000; D'Innocenzo, Adami, & Cunha, 2006; Sousa, 2010).

A componente **Estrutura** refere-se aos factores organizacionais que definem o sistema de saúde sob o qual os cuidados são prestados (Campbel, Roland, & Buetow, 2000; Sousa, 2006). Implica as características físicas e as características pessoais, relativas aos colaboradores.

A segunda componente é o **Processo**, e corresponde à prestação de cuidados e à utilização dos recursos na conformidade dos aspectos quantitativos e qualitativos (D'Innocenzo, Adami, & Cunha, 2006). Os processos de prestação de cuidados de saúde envolvem as interações entre utilizadores e a organização, em essência, o que é feito com os utilizadores. Em suma, o processo é a efectiva entrega e aquisição de cuidados (Campbel, Roland, & Buetow, 2000).

A tríade de Donabedian fica completa com a componente **Resultados** (Lugtenberg, Burgers, & Westert, 2009). Esta componente diz respeito às consequências das actividades realizadas nos serviços de saúde (D'Innocenzo, Adami, & Cunha, 2006; Sousa, 2010). Mesmo que os resultados constituam um indicador de qualidade da prestação de cuidados de Saúde, é necessário realizar avaliações simultâneas das estruturas e dos processos (Donabedian, 2001).

Mais recentemente, atendendo à gestão da qualidade, Maxwell (1984) procurou responder à subjectividade do conceito e estruturou um modelo multidimensional de avaliação da qualidade que permitiu medir aspectos objectivos da qualidade (Campbel, Roland, & Buetow, 2000; Fragata, 2006; Ribeiro, Carvalho, Ferreira, & Ferreira, 2008; Sousa, 2010)

No seu modelo de avaliação da qualidade, Maxwell (1984) enunciou como princípios: a **eficácia** (i.e. relação entre objectivos propostos e objectivos atingidos), **eficiência** (i.e. relação entre resultados obtidos e recursos despendidos), **equidade** (i.e. igualdade de oportunidades no acesso aos cuidados de saúde), **acessibilidade** (i.e. oferta de serviços adequados às necessidades da população), **aceitação social** (i.e. dos doentes), **adequação** (i.e. relação entre os serviços disponíveis e as necessidades da população),

e **segurança** (i.e. relação entre a ocorrência de erros e os consequentes resultados indesejados).

A definição deste modelo veio permitir avaliar a qualidade quer a um nível específico, quando se analisa uma das dimensões, quer numa perspectiva mais global e integrada, quando se avaliam duas ou mais dimensões em simultâneo (Sousa, 2010).

Em suma, factores como a excelência, o cumprimento de objectivos delineados, a ausência de defeitos ou a adequação à finalidade, podem ser decisivos na diferenciação e sucesso de uma Organização (Campbel, Roland, & Buetow, 2000). Esta focalização parece-nos válida, sobretudo pela transposição do conceito para os serviços de saúde.

A qualidade em saúde é avaliada pela conformidade com as expectativas determinadas pela ciência médica, bem como pelos valores, expectativas e padrões determinados a nível individual e social. Assim, a qualidade não é avaliada exclusivamente em termos técnicos ou da prestação específica de cuidados, mas por um conjunto de factores que envolvem elementos individuais e colectivos no estabelecimento deste juízo de valor.

Neste sentido, a qualidade em saúde é um conceito fluído, abstracto e de complexa definição, mas que deve ser proposto em cada sociedade ou grupo social (Donabedian, 1990; Gastal, 1995). Por esta razão, a abordagem multidimensional proposta, por exemplo, por Garvin ou Maxwell, fornecem perspectivas mais concretas para a definição, medição e melhoria da qualidade.

A melhoria da qualidade implica a atenção constante aos problemas da qualidade da organização e a sua resolução passa pelo envolvimento de todos os profissionais. Para além disto, salientamos a importância da redução da variabilidade e dos riscos e a promoção da comunicação dentro da Organização.

Mais ainda, a implicação das falhas para organizações, profissionais e, sobretudo, doentes, podem comportar custos incalculáveis. Assim, a relevância da segurança enquanto componente de qualidade está visível se atendermos à actual procura pela medição e seriação de índices qualitativos; ainda mais, se atendermos às actuais alterações dos desenhos de financiamento e transacção dos serviços de saúde.

Quando é um dado adquirido que o risco clínico está sempre presente, já que mesmo nos procedimentos tecnológicos mais evoluídos podem existir falhas e erros, importa identificá-los e conhecê-los, na perspectiva de melhoria e promoção da qualidade. Neste sentido, direccionamos esta reflexão para um conceito basilar deste estudo: a segurança do doente.

### 1.3. A segurança do doente como dimensão da qualidade em saúde

O doente, enquanto utilizador de todos os serviços de saúde, tem o direito de esperar que sejam feitos todos os esforços para garantir a sua segurança (IQS, 2005). O sector da saúde é uma área de alto risco, porque eventos adversos decorrentes do tratamento e não a doença propriamente dita, podem levar à morte, danos graves, complicações e/ou sofrimento do doente (Lage, 2010). Embora muitos hospitais e unidades de prestação de cuidados de saúde tenham implementado procedimentos para afirmar a segurança dos doentes, o sector da saúde ainda se encontra atrasado face a outros sectores industriais e de serviços que introduziram procedimentos de segurança sistemáticos (Catchpole, et al., 2007).

Nas últimas duas décadas, surgiu a evidência desta problemática. Os doentes sofrem danos, decorrentes dos cuidados de saúde que recebem, que em muitos casos são considerados evitáveis (Sousa, 2006). Se recuarmos no tempo, já Hipócrates admitia a ocorrência de erros na prestação de cuidados de saúde, espelhado no princípio "*First do not harm*" (Junior, et al., 2010; Carneiro A. V., 2010). Nos últimos anos, a par da preocupação dos profissionais, o erro em saúde tem ganho evidência social e mediática (Lage, 2010).

A segurança do doente surgiu como definição no movimento pela qualidade em saúde na transição dos componentes mais abstractos para o estudo das características essenciais mais concretas. Como já abordamos anteriormente, a *Joint Commission* evidencia a relação da segurança com a definição da qualidade em saúde ao descreverla como o modo como os serviços de saúde, com o actual nível de conhecimentos, aumentam a possibilidade de obter os resultados desejados e reduzem a possibilidade de obtenção de resultados indesejados (JCAHO, 1993). Impera assim, a inevitabilidade dos cuidados de saúde se definirem para além da sua necessidade, mas também como uma preocupação de servirem o seu fim de uma forma segura, consciente e atenta.

Os profissionais de saúde desenvolvem todos os seus esforços para desempenhar a sua actividade da melhor forma possível evitando danos que sabem poder ter consequências severas para os doentes. Estes esforços, no entanto, não impedem que ocorram falhas e acidentes. O compromisso e a disposição individual de fazer o bem e utilizar o melhor conhecimento em benefício do doente constituem-se como factores essenciais do cuidado, porém, na actualidade, insuficientes para garantir uma assistência segura e eficaz (Neto, 2005). O risco não é homogéneo. Doentes com patologias mais graves, sujeitos a intervenções múltiplas e internamentos mais prolongados, têm mais probabilidades de serem alvo dos erros médicos (Fragata & Martins, 2004).

Quando se fala em segurança do doente ficamos, à partida, com a ideia de que estamos perante um conceito pragmático e bem delimitado, logo fácil de identificar, analisar e propor mudanças no sentido da sua redução ou eliminação (Sousa, 2006). Contudo, até há pouco tempo não havia uma abordagem sistémica, prospectiva e organizacional dos factores que contribuem para a diminuição da segurança (Carneiro A. V., 2010).

Mais recentemente, o relatório do IoM (2000) *“To err is human: building a safer health care system”* trouxe uma mudança na abordagem à questão da segurança do doente e à forma de como é hoje encarada pelos sujeitos envolvidos na prestação de cuidados de Saúde (Kohn, L.; Corrigan, J.; Donaldson, M., 2000). Este estudo concluiu que cerca de 100 mil pessoas morrem anualmente nos Estados Unidos da América por consequência dos erros cometidos na prestação de cuidados de Saúde. A este respeito, Martins & Fragata (2004) deduzem que em Portugal este número se aproxime dos 3 mil mortos anuais, admitindo o mesmo nível de fiabilidade das instituições americanas.

A segurança é uma propriedade emergente dos sistemas. Para que esta propriedade possa surgir, as organizações de saúde devem desenvolver sistemas de orientação para a segurança do doente, em vez de uma orientação que encontra e atribui culpa aos intervenientes. Esta situação, não sendo exclusiva dos cuidados de agudos, acontece em todos os níveis de cuidados e de tipologia das organizações de saúde (França, 2005).

Tendo em conta a grande relevância do factor humano para a segurança dos cuidados de saúde, parece ser extremamente importante melhorar o conteúdo dos relatórios de qualidade, através da melhoria dos requisitos de especificação de gestão de riscos e erros e, em especial, oferecer um quadro para o estabelecimento de uma cultura de segurança (Wischet & Schusterschitz, 2009).

Assim, conclui-se que a segurança do doente tem vindo a adquirir uma importância crescente, constituindo actualmente uma das prioridades da União Europeia na área da saúde (SIMPATIE Project, 2007). De acordo com a OMS (2009), todos os doentes tem o direito a serem tratados da forma mais segura. Deste modo, todos os profissionais e instituições de cuidados de saúde têm a obrigação de prestar cuidados seguros e de qualidade e evitar que os doentes sejam vítimas de qualquer enfermidade não intencional (OMS, 2009). No entanto, embora seja reconhecida a necessidade de reduzir os erros para garantir a segurança do doente e, portanto, tenham sido introduzidos nos hospitais e outros serviços de saúde normas de segurança (seguindo o exemplo do sector industrial), este tema continua a ser um desafio para todos os sistemas de saúde.

Posto isto, importa compreender de forma mais abrangente os processos de medição e avaliação da qualidade na perspectiva dimensional da segurança do doente e, para tal, conceptualizar os conceitos de erro e evento adverso nos sistemas de saúde.

### 1.3.1. O erro e os eventos adversos na segurança do doente

A importância da análise das falhas do sistema de prestação de cuidados de saúde reside na sua natureza sinalizadora. Analisar e detectar erros é, portanto, uma oportunidade ímpar de identificar as causas que os originam e suscitar uma prática de mudança organizacional (Fragata & Martins, 2004).

São diversas as definições sobre os tipos de falhas na segurança do doente nos sistemas de prestação de cuidados de saúde e variam de acordo com os autores. Tomamos como referência a designação do IoM (2000) no relatório já citado. Um erro define-se como uma falha na execução de uma acção previamente intencionada e planeada (erro de execução), assim como a utilização de um plano errado para o cumprimento de um determinado fim (erro de planeamento) (Kohn, Corrigan, & Donaldson, 2000; Carneiro A. V., 2010).

Os eventos adversos (EA) são caracterizados como um acontecimento não intencional, decorrente da prestação de cuidados de saúde que teve como consequência, dano ou lesão à altura da alta, cujo impacto se reflectiu num prolongamento do período de internamento ou que resultou em incapacidade temporária, permanente ou mesmo morte (Sousa, Uva, Serranheira, Leite, & Nunes, 2011).

Os EA afectam em média 10% das admissões hospitalares, constituindo actualmente um dos maiores desafios para o aprimoramento da qualidade na área da saúde (Carneiro A. V., 2010). É ainda de ressaltar que 50% a 60% dos EA são considerados passíveis de prevenção. Em geral, a ocorrência destes eventos inesperados não acarreta danos importantes ao doente (Gallotti, 2004; Griffin & Haraden, 2005).

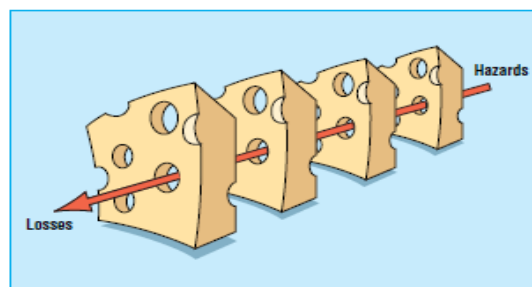
O obstáculo mais importante para melhorar a segurança do doente é a falta de conhecimento da medida em que erros ocorrem diariamente. (Kohn, Corrigan, & Donaldson, 2000). Como a maioria dos erros não acarretam malefícios relevantes e danos definitivos, não é possível identificá-los e produzir conhecimentos mais aprofundados sobre as suas características (Carneiro A. V., 2010).

A adopção de medidas punitivas frente aos erros, prática muito frequente na área médica, gera atitudes de medo e desconfiança nos indivíduos. E, em nada contribui para a sua prevenção (e eliminação) e conhecimento (Fragata & Martins, 2004; Gallotti, 2004). Permanecem ainda algumas barreiras como a ausência de uma taxionomia universal ou o medo e culpa que podem advir da notificação dos erros (Sousa, 2006).

Uma clara compreensão dos factores que levam ao aumento dos erros é o primeiro passo para os prevenir (OE, 2005). Assim, torna-se relevante a perspectiva de Reason

(2000) que afirma que a abordagem ao erro pode ser realizada em duas perspetivas: **a pessoa ou o sistema**.

O modelo desenvolvido por Reason (2000) - conhecido como o modelo do queijo suíço (Figura 2)- é citado por outros autores (Fragata & Martins, 2004; Sousa, 2006; Carneiro A. V., 2010; Lage, 2010) e descreve que para a ocorrência de um evento adverso ou dano no doente é necessário o alinhamento de diversos “buracos” (Neto, 2005); por exemplo, falhas estruturais ou pontuais, má prática ou descuido por parte dos profissionais de saúde, comportamentos inseguros ou de risco por parte dos doentes (Sousa, 2006).



**Figura 2 - O modelo do queijo suíço**  
(Adaptado de Reason, 2000)

A filosofia subjacente a esta abordagem é a de que não se pode mudar a condição humana, podemos contudo mudar as condições em que as pessoas trabalham (Reason, 2000; Fragata & Martins, 2004; Serranheira, Uva, & Sousa, 2010)

Em síntese “*os erros humanos por si só não provocam danos. Contudo, erros humanos no quadro de sistemas pobres e ineficientes podem provocar danos sérios a doentes e profissionais*” (Sousa, 2006). As falhas de comunicação são identificadas como um contributo para os erros de medicação, os atrasos no tratamento, a mortalidade perinatal e morbilidade, as quedas intra hospitalares ou as cirurgias a locais errados (Fragata & Martins, 2004; Clark, Squire, Heyme, Mickle, & Petrie, 2009).

Centra-se, assim, a atenção sobre a comunicação entre os profissionais de saúde.

### **1.3.2. As falhas de comunicação entre profissionais de saúde**

A associação entre uma comunicação ineficaz e a ocorrência de falhas e eventos adversos é uma associação recente (Department of Health [Western Australia], 2007; Department of Human Services [Victoria], 2007; Wakefield, 2007), mas também histórica (Brennan, et al., 1991; Wilson, Runciman, Gibberd, Harrison, Newby, & Hamilton, 1995; Kohn, L.; Corrigan, J.; Donaldson, M., 2000)

A comunicação é, reconhecidamente, uma prioridade de pesquisa e desenvolvimento no âmbito da segurança do doente e da qualidade dos cuidados nos países desenvolvidos (Bates, et al, 2009). O IOM relatou que “*é nas passagens de turnos inadequadas que a segurança falha sempre primeiro*” (IOM, 2001).



As falhas de comunicação são reconhecidas como uma ameaça à segurança do doente em diversos estudos. Estas falhas são responsáveis por mais de 60% das causas de eventos adversos (Joint Commission, 2008). A comunicação é particularmente vulnerável a falhas e erros durante os momentos de transição de um profissional para outro (Beach C. , 2006; Chassin & Becher, 2002; Cheah L. , Amott, Pollard, & Watters, 2005; Gandhi T. , 2005; Keyes, 2000; Munro & Taylor-Panek, 2007; Carr, 2007; Goldsmith, et al., 2010). Segundo Arora *et al* (2005), a variedade de situações e contextos, tais como as mudanças de turno entre enfermeiros, a utilização de uma ambulância na transferência de um doente para outro hospital ou as constantes mudanças na medicina de emergência representam um sério desafio aos processos de comunicação.

As transferências podem concretizar-se de diversas formas, mas sobretudo ocorrem através da comunicação verbal e/ou escrita de informações do doente (Jorm, White, & Kaneen, 2009). Estas são projectadas com a finalidade de permitir ao profissional em início de contacto com um novo doente familiarizar-se com o seu estado actual, mas também compreender todo o contexto clínico. A comunicação serve a contextualização da situação actual, enquadrada na história pessoal e orientada para metas ou objectivos já delineados pelo profissional antecessor para o diagnóstico ou tratamento do doente (Odell, 1996); tendo como princípios a eficácia e eficiência, a utilização racional de recursos e, sobretudo, um atendimento rápido e seguro.

A falta de familiaridade com os detalhes da doença e do doente em internamento hospitalar pode fazer com que os períodos de transição sejam especialmente vulneráveis a erros e comprometer a segurança do doente (Alvarado, et al., 2006). Isto é especialmente verdade em contextos de formação e inexperiência dos profissionais, que não possuem as competências e conhecimentos para a tomada de decisões clínicas em situações de desconhecimento e descontinuidade das informações. A qualidade e segurança das transições entre profissionais deve começar na formação académica e as instituições devem manter um constante escrutínio sobre estes processos, por forma a garantir a sua eficácia e implementar melhorias para uma comunicação consistente entre os profissionais (Abreu, 1996; Patterson, Roth, Woods, & Gomes, 2004; Goldsmith, et al., 2010).

A complexidade dos cuidados, a diferenciação dos profissionais e a necessidade de envolvimento de todos os agentes numa cultura de segurança e melhoria da qualidade, são outros dos desafios que se apresentam. É nesta perspectiva que ressalta a importância dos enfermeiros, enquanto prestadores de cuidados contínuos e, em diferentes momentos da vida, enquanto promotores privilegiados de uma cultura de segurança e qualidade nas instituições de saúde.

## 2. Práticas de Enfermagem: os enfermeiros e a Segurança do Doente

*“Pode parecer um princípio estranho enunciar como primeira exigência a um hospital, não causar nenhum dano ao doente”*

Florence Nightingale (1820-1910)

A enfermagem tem centrado as suas preocupações, também, na definição, medição e melhoria da qualidade dos cuidados. Evidente exemplo disto, é o de Florence Nightingale (1820-1910), enfermeira inglesa, precursora da enfermagem moderna, que implantou o primeiro modelo de melhoria contínua de qualidade em saúde no ano de 1854, baseando-se em dados estatísticos e gráficos (Balsanelli & Jericó, 2005).

A sua participação na guerra da Crimeia foi impressionante. Seis meses após a sua chegada ao Hospital Scutari, as taxas de mortalidade recuaram de 42,7% para 2,2%, com os rígidos padrões sanitários e de cuidados de enfermagem por ela estabelecidos (Nightingale, 1987; Balsanelli & Jericó, 2005). Nightingale ficou ainda ligada à primeira avaliação de desempenho de hospitais em 1859 (Mitchell, 2008).

A força da profissão é a combinação de compreender a ciência da saúde e da doença, do valor humano e da compaixão, na cura de corpos e almas (Manthey, 2009). A génese da preocupação com o cuidar dos indivíduos sujeitos a processos de doença, perde-se na memória da História da Humanidade. No entanto, é inegável a evolução do conceito e da profissão de enfermagem, paralelos ao desenvolvimento da diferenciação e complexidade dos cuidados de saúde (Collière, 1999; Ballard, 2003; Luz, 2005; Manthey, 2009; Kérrouac et al, 2006). É na reflexão entre a evolução do cuidar em enfermagem e a promoção da segurança e qualidade dos cuidados de saúde que se se centra o ponto seguinte.

## 2.1. Enfermagem: do cuidar à segurança

A Enfermagem consiste na assistência ao indivíduo doente ou são, ajudando-o no desempenho das actividades que contribuam para manter ou recuperar a sua saúde ou ainda proporcionar-lhe uma morte serena (Henderson, 2006). Exige preocupação, respeito pelo outro e cuidar a pessoa na sua singularidade (Hesbeen, 2001).

O cuidar surge como objecto principal do propósito da profissão de Enfermagem. Ser prestador de cuidados implica pôr em prática toda a dimensão humana de quem cuida e de quem é cuidado. (Hesbeen, 2001).

Cuidar em enfermagem define-se na relação interpessoal estabelecida entre o enfermeiro e o doente (Hesbeen, 1997; Watson, 2002), sendo esta interacção responsável pela compreensão do outro na sua individualidade (Moniz, 2003). Deste modo, as expectativas face aos cuidados de enfermagem variam de pessoa para pessoa, uma vez que são influenciadas por factores sociais, educacionais, culturais e espirituais (Marques, 2000).

Segundo a regulamentação Profissional em Portugal e de acordo com o Artigo 4º do Decreto-lei nº. 161/96 de 4 de Setembro, Regulamento do Exercício Profissional do Enfermeiro (REPE), os enfermeiros são considerados profissionais habilitados e com competência “(...) *técnica e humana para a prestação de cuidados de enfermagem gerais ao indivíduo, família, grupos e comunidade, aos níveis da prevenção primária, secundária e terciária*” (REPE, 1996).

Ainda, de acordo com esta linha de raciocínio, importa referir que no Código Deontológico do Enfermeiro, as intervenções de enfermagem são realizadas com a preocupação da defesa da liberdade e da dignidade e são salvaguardados valores como a responsabilidade, a excelência e o respeito pelo doente (OE, 2009).

Resumidamente, conclui-se que os Enfermeiros devem empenhar-se em vigiar os seus doentes, promover a sua recuperação e garantir a segurança (Meyer & Lavin, 2005). Mais, no que respeita à prática dos Enfermeiros, a OE (2006) sustenta esta perspectiva e refere que:

*“Uma clara identificação dos factores que levam ao aparecimento de erros é o primeiro passo para os prevenir, considerando a amplitude necessária ao escopo de acção do enfermeiro, desde a comunicação e a relação interpessoal, aos aspectos processuais e técnicos do seu exercício.”*

Depreende-se assim que a dimensão da segurança é um componente conceptual dos cuidados de enfermagem, na perspectiva de promoção de cuidados de qualidade. A OE

(2006) sustenta ainda que, a profissão tem obrigações éticas para com a sociedade e para com o doente de prestar cuidados de elevada qualidade.

As evidências demonstram que a vigilância dos enfermeiros protege os doentes de práticas inseguras. Os enfermeiros detectaram 86% de todos os erros de medicação por parte de médicos, farmacêuticos e outros, antes que os erros ocorressem (OE, 2005). Para além do exemplo de Florence Nightingale, no passado existem outros contributos que validaram a proximidade dos enfermeiros e a segurança do doente (Wandelt, 1976; Lang, 1976).

Esta função integrativa é, provavelmente, um dos componentes mais vezes constatados de que equipas com mais profissionais (maior percentagem de enfermeiros em relação ao total de colaboradores) está associada a menos complicações e menor mortalidade (Tourangeau, Cranley, & Jeffs, 2006; Kane, Shamliyan, Mueller, Duval, & Wilt, 2007). Este facto está relacionado com as funções dos enfermeiros situadas na integração dos cuidados prestados por outros profissionais (o que inclui a intercepção de erros), bem como a monitorização e vigilância que permite identificar falhas e a deterioração da condição clínica do doente antes que os erros se tornem em eventos adversos (Mitchel & Lang, 2004).

Em suma, é da natureza e da responsabilidade profissional da enfermagem manter a segurança e assegurar a competência, promovendo a actualização constante das práticas, na melhoria contínua da qualidade (Lobo, 2008). O desenvolvimento da segurança compreende um conjunto de atitudes de grande amplitude de acção, como o recrutamento, a integração e a fixação dos profissionais, a melhoria do desempenho, as medidas de segurança ambiental e a gestão de risco. Tudo isto, com base num corpo de conhecimento científico focado na segurança da pessoa e nas infra-estruturas adequadas (OE, 2005; Serranheira, Uva, & Sousa, 2010).

Mais, quando se considera o papel da comunicação ou das falhas de comunicação na origem do erro, o papel dos enfermeiros surge como um instrumento privilegiado e evidente em todas as Organizações onde estão presentes. O papel da comunicação é fulcral na prevenção das séries de eventos que podem conduzir ao dano do doente (AHRQ, 2006).

Atendendo à complexidade e diferenciação dos agentes humanos que actuam na prestação de cuidados de saúde, depreende-se a inevitabilidade da ocorrência de diversos momentos de interacção e contacto, ou seja, de comunicação. É nos momentos de comunicação que se foca o capítulo seguinte. Estas serão interpretados enquanto momentos de prevenção de falhas e erros (e também de recuperação), promoção da segurança do doente e da qualidade dos cuidados na perspectiva da prestação de cuidados de Enfermagem nas organizações de saúde.

### 3. Os momentos de passagem de turnos: a comunicação na transferência de responsabilidades

*"Se falares a um homem numa linguagem que ele compreenda, a tua mensagem entra na sua cabeça. Se lhe falares na sua própria linguagem, a tua mensagem entra-lhe directamente no coração."*

Nelson Mandela (n.1918)

Como já foi referido, a comunicação é um elemento central no desenvolvimento da actividade da grande maioria das profissões de saúde e tem uma relevância especial na Enfermagem. No decorrer do seu dia de trabalho é solicitado ao enfermeiro que comunique com doentes, familiares, com outros profissionais de saúde ou da administração da organização e, evidentemente, com outros enfermeiros.

Os contextos são diversificados, mas a ineficiência da comunicação tem resultados que, comumente, se traduzem na diminuição da qualidade dos serviços (Gandhi T. K., 2005). De entre os contextos de comunicação onde o enfermeiro é chamado a intervir, os momentos de **Passagem de Turnos** são actualmente alvo de atenção quer em termos de organização do hospital e funcionalidade das equipas de saúde, quer no que respeita à qualidade de prestação de serviços e à segurança do doente (Jeffcott, Evans, Cameron, Chin, & Ibrahim, 2009).

Na realidade o interesse pelas “passagens” de informação tem crescido nos últimos dez anos porque investigadores, administradores, educadores e políticos têm vindo a perceber que a perturbação ou falta de comunicação durante as transferências dos doentes é um problema grave que afecta as suas instituições, os profissionais e os utilizadores (Johnson & Barach, 2009; Johnson & Arora, 2009).

As passagens de turno são definidas como a transferência de informação (em paralelo com a autoridade e responsabilidade) durante as transições nos cuidados ao longo da sua continuidade e incluem a oportunidade de questionar, clarificar e confirmar estas

informações (ACSHQC, 2005; AHRQ, 2006). A *National Agency for Patient Safety* (2005) descreve as passagens de turnos como a transferência de responsabilidade e autoridade (“*responsibility and accountability*”) em carácter temporário ou permanente (BMA, 2005).

Ou seja, consiste na transferência de informação e de responsabilidades pela prestação de cuidados ao doente, entre o profissional (ou entre equipa) que prestou e o que vai iniciar a prestação num novo turno (Perry S. , 2004; Johnson & Arora, 2009; Jeffcott, Evans, Cameron, Chin, & Ibrahim, 2009).

De forma mais abrangente, a *Joint Commission* (2005) acrescenta que as passagens de turnos têm como missão a continuidade dos cuidados e a promoção da segurança do doente (JCHAO, 2005). É necessária uma quantidade exacta de informação clínica para permitir a continuidade dos cuidados com segurança, requerendo isto um sistema eficiente, claro e compreensivo da comunicação (Lyons, Standley, & Gupta, 2010).

As passagens de turnos, são referenciadas na literatura internacional como *handover* (entenda-se entrega, passagem, transmissão) (ACSHQC, 2005; Solet D. , Norvell, Rutan, & Frankel, 2005; Riesenber, et al., 2009; Dufault, et al., 2010; Raduma-Tomàs, Flin, Yule, & Williams, 2011). Existem ainda outros sinónimos usados para descrever o processo de passagens de turnos, tais como *handoff* (Patterson, Roth, Woods, & Gomes, 2004; Keyes, 2000; Riesenber, Leisch, & Cunningham, 2010), *sign-out* (Nemeth, Nunnally, O’Connor, & Cook, 2006; Borowitz, Waggoner-Fountain, Bass, & Sledd, 2008), *signover* (Perry, Wears, & Patterson, 2008), *cross-coverage* (Petersen, Brennan, O’Neil, Cook, & Lee, 1994; Santell, Hicks, & Cousins, 2005), *shift report* (Richard, 1988; Hays, 2003) e *shift change* (AHRQ, 2004).

O termo “passagens de turno” (e sinónimos) é usado numa larga variedade de contextos e cenários clínicos (Gandhi T. K., 2005). As passagens de turnos ocorrem em todo o contínuo dos sistemas e organizações de saúde, e em todos os tipos de configurações. Descritos na literatura, podemos encontrar diferentes tipos de passagens de turnos: transferência de um doente de um local para outro dentro de um hospital, mudanças de turnos num mesmo serviço, mudança da equipa de enfermeiros, médicos ou outros profissionais e, ainda, mudança de instituições. (Patterson, Blehm, Foster, Fuglee, & Moore, 1995; Sherlock, 1995; O’Connell & Penney, 2001; ACSHQC, 2005).

São exemplo: a **transferência entre enfermarias** (Daly, Beale, & Chang, 2001; Hendrich, Fay, & Sorrells, 2004; Hendrich & Lee, 2005); a **transferência para unidades de diagnóstico** (i.e. realizar um Rx ou cateterismo cardíaco) (Joint Commission, 2005; Santell, Hicks, & Cousins, 2005); o **Bloco Operatório** (Christian, Gustafson, & Roth, 2006); o **Serviço de Urgência** (Perry S. , 2004; Behara, et al., 2005); a **alta hospitalar e**

as transferências institucionais (Anderson & L., 1993; Anderson & Helms, 2000; Helleso, Lorensen, & Sorensen, 2004).

As passagens de turnos interdisciplinares ocorrem entre classes profissionais diferentes (entre enfermeiros e médicos ou enfermeiros e técnicos de diagnóstico), enquanto as passagens intradisciplinares acontecem entre a mesma classe profissional (entre médicos ou entre enfermeiros) (Parker, Gardner, & Wiltshire, 1992; Sherlock, 1995; Miller, 1998; O'Connell, MacDonald, & Kelly, 2009).

As passagens de turnos interinstitucionais podem acontecer **entre dois hospitais** ou entre o **hospital e outras organizações** (Anderson & Helms, 2000), tais como as **agências de saúde** (Anderson & L., 1993; Helleso, Lorensen, & Sorensen, 2004), **lares** (McGough & Ladd, 1999) e **instituições de cuidados continuados** (Anderson & Helms, 1998; Davis, Smith, & Tyler, 2005).

Estas passagens podem envolver o uso de tecnologias específicas (como por exemplo, áudio gravadores, pagers ou registos informáticos) (Patterson, Roth, Woods, & Gomes, 2004), telefone ou fax (Davis, Smith, & Tyler, 2005), documentos escritos (Kennedy, 1999) e a comunicação oral (Thurgood, 1995; Gosbee & Gosbee, 2005; O'Connell, MacDonald, & Kelly, 2009).

### 3.1. As dimensões das passagens de turnos

Segundo Jeffcott *et al* (2009), a determinação da qualidade e segurança das passagens de turnos implica a avaliação de três dimensões chave: **Informação**, **Responsabilidades** (responsabilidade e autoridade) e o ambiente clínico e organizacional das equipas ou profissionais - **Sistema** (Figura 3). Esta conceptualização permite compreender o processo de transmissão de informação, a transferência de responsabilidades e o impacto organizacional; bem como, facilita o seu conhecimento com vista à avaliação, medida de efectividade e eficiência e promoção de projectos de melhoria.

No enquadramento teórico e prático, o conhecimento actual focaliza-se nos formatos de **Informação** existentes e na forma como essa informação é transferida de acordo com os diferentes modelos existentes. São poucos os estudos desenvolvidos acerca deste processo e estão sobretudo associados a serviços de cuidados intensivos (Jeffcott, Evans, Cameron, Chin, & Ibrahim, 2009).

As passagens de turnos estão em grande medida dependentes das competências de comunicação interpessoal dos profissionais (Bomba & Prakash, 2005), bem como da sua experiência.

Existe uma variabilidade documentada na qualidade (Thakore & Morrison, 2001), falta de estrutura na forma em que as passagens habitualmente decorrem (Bomba & Prakash, 2005) e diversidade de

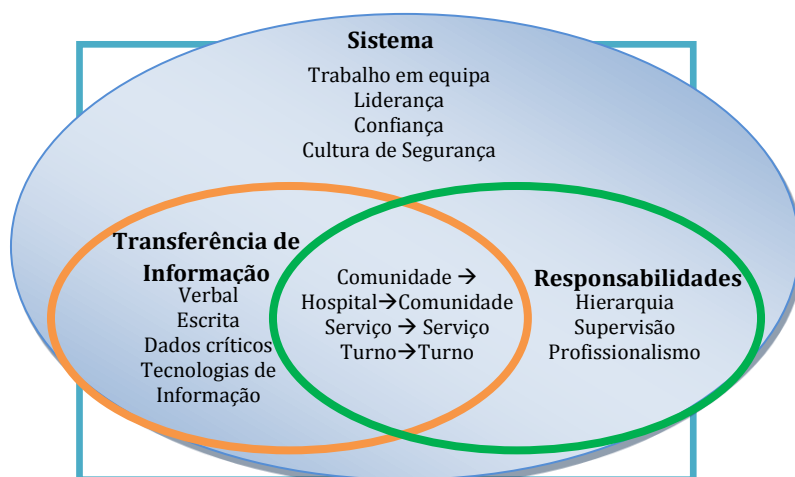


Figura 3 - As dimensões do processo de passagens de turnos  
(Adaptado de Jeffcott *et al*, 2009)

estrutura da informação transmitida (Richard, 1988; Meißner, Hasselhorn, Estryn-Behar, Ne'zet, & Pokorski, 2007; O'Connell, MacDonald, & Kelly, 2009; Scovell, 2010). Como forma de dissipar alguns destes problemas LaMantia *et al* (2010) defende a perspectiva da necessidade de padronização (i.e. a exigência de grelhas estruturadas e uniformizadas).

Outra perspectiva importante sobre a dimensão “transferência de informação” é a utilização de folhas de passagem de turno como suporte à comunicação entre os profissionais. De acordo com um estudo desenvolvido por Frank *et al* (2005), esta é uma prática comum de suporte à informação, contudo foram encontrados erros numa grande percentagem dessas folhas.

Quanto à transferência de **Responsabilidades**, as principais falhas encontradas referem-se tanto à falta de conhecimento, como à falta de avaliação (e medição) em geral. Importa clarificar que esta dimensão respeita dois conceitos habitualmente similares: responsabilidade e autoridade (“*Responsibility*” e “*Accountability*”). A responsabilidade é um atributo pessoal, que pode ser delegado. A autoridade (ou responsabilização) constitui um atributo organizacional, muitas vezes obrigatório e que não pode ser delegado. Ambos são conceitos importantes cuja atenção é crescente (Emanuel & Emanuel, 1996).

Em relação à falta de conhecimento, e de acordo com Jeffcott *et al* (2009), há uma escassez de pesquisas e conhecimento sobre os sistemas de responsabilidade e de responsabilização em saúde. Isto é, apesar da crescente importância política, prática e da avaliação clínica das passagens de turnos, ainda não existe uma política clara de mecanismos de responsabilidades.

No entanto, recentemente foram dados alguns passos tendo em vista os profissionais de saúde, que cada vez mais são encorajados a registar todos os dados clínicos relevantes,



não só para ajudar a comunicação, mas também como uma prova das suas próprias decisões e responsabilização (Jeffcott, Evans, Cameron, Chin, & Ibrahim, 2009).

Também o aumento da complexidade organizacional dos hospitais contribui para dificultar a comunicação com o devido prestador de cuidados. Face à interacção simultânea de diferentes e diversas especialidades e profissionais prestadores de cuidados a um único doente, enfermeiros e médicos relatam dificuldade em contactar o profissional correcto (McKnight, Stetson, Bakken, Curran, & Cimino, 2002). Um estudo concluiu que apenas 23% dos médicos podia identificar correctamente o enfermeiro responsável pelo doente e apenas 42% dos enfermeiros conseguia identificar o médico responsável pelo doente. (Evanoff, Potter, Wolf, Grayson, Dunagan, & Boxerman, 2005).

Esta preocupação é levantada porque as transições e transferências entre os prestadores de cuidados durante as passagens de turnos continuam a ser problemáticas, tal como demonstram as conclusões de alguns estudos, segundo as quais apenas 8% das escolas médicas ensinam em sessões didácticas e formais como proceder à entrega e transferência dos doentes entre profissionais (Solet D. , Norvell, Rutan, & Frankel, 2005; Johnson & Arora, 2009). Ora, isto origina uma grande falha educativa e formativa nos novos profissionais e a persistência dos modelos tradicionais. Existe já a constatação de que o exercício profissional degrada a comunicação (Kurtz, Silverman, & Draper, 2005)

Globalmente, a maioria das organizações de saúde ainda não possui estruturas explícitas de responsabilidades. Há uma necessidade de trabalho de desenvolvimento nesta área, especialmente porque as passagens clínicas englobam uma grande variedade de interfaces desde o doente, às equipas e aos diferentes níveis organizacionais de cuidados (Jeffcott, Evans, Cameron, Chin, & Ibrahim, 2009).

É nesta linha que importa identificar e reflectir sobre a dimensão **Sistema**. O conceito de “*microssistema clínico*” é útil para compreender como o processo de transferência se encaixa dentro do maior sistema de comunicação e organização relacionados com a prestação de cuidados de saúde (Mohr & Batalden, 2002). As políticas desenhadas para melhorar a prática com mais segurança salientam que questões como o trabalho em equipa, a liderança e a confiança contribuem para melhorar a comunicação (Jeffcott, Evans, Cameron, Chin, & Ibrahim, 2009). O trabalho em equipa é particularmente pertinente em interacções multidisciplinares e complexas tal como respeitam as passagens clínicas (Gaba, 2004).

Importa reflectir sobre um estudo que demonstrou que algumas enfermarias podem transferir ou dar alta entre 40 a 70% dos seus doentes todos os dias (Hendrich, Fay, &

Sorrells, 2004), o que ilustra a frequência das passagens de turnos que ocorrem diariamente e o número de possíveis falhas em cada ponto de transição.

Também aqui, muitos factores humanos desempenham um papel essencial. A engenharia dos factores humanos (ergonómicos) centra-se sobre a forma como os humanos interagem com o mundo envolvente e a aplicação desse conhecimento para a concepção de sistemas que sejam mais seguros, eficientes e confortáveis (Gosbee & Gosbee, 2005; Serranheira, Uva, & Sousa, 2010). As passagens de turnos apresentam diversas implicações para a engenharia dos factores humanos, sobretudo no envolvimento dos profissionais no desenho e concepção dos ambientes clínicos com vista à melhoria dos processos de comunicação.

Em suma, cada tipo e localização das passagens de turnos representa desafios, que são simultaneamente únicos e similares porque o problema é comum, mas os contextos são específicos de cada organização e mesmo de cada serviço. Torna-se então pertinente conhecer como as falhas de comunicação ocorrem. Um estudo sobre os incidentes relatados por cirurgiões concluiu que as falhas de comunicação contribuíram para 43% dos incidentes e dois terços desses problemas de comunicação estavam relacionados com as passagens de turnos (Gawande, Zinner, Studdert, & Brennan, 2003).

Também os ambientes clínicos mais dinâmicos e complexos apresentam muitos desafios para uma comunicação efectiva entre os profissionais, doentes e famílias (Gosbee J. , 1998; Dayton & Henriksen, 2007). Momentos de passagens ineficazes contribuem para falhas na prestação de cuidados e falhas na segurança do doente, incluindo erros de medicação (Santell, Hicks, & Cousins, 2005), cirurgias do local errado (Sanchez, 1997) e morte (Beach C. , 2006; Gandhi T. K., 2005).

Na realidade, a importância atribuída aos riscos associados às passagens de turnos acompanhou a sofisticação dos cuidados de saúde (Solet D. , Norvell, Rutan, & Frankel, 2005; Beach C. , 2006; Cheah L. , Amott, Pollard, & Watters, 2005; Arora, et al, 2005; Bomba & Prakash, 2005; Landro, 2006). O perigo decorrente das falhas nas passagens de turnos e o que representa para a segurança do doente e a qualidade dos cuidados de saúde não pode ser ignorado (Gandhi T. K., 2005; Vidyarthi, 2004).

Da perspectiva geral das passagens de turnos, enquanto momentos de comunicação entre profissionais de saúde, centramos a nossa atenção na passagem de turno entre enfermeiros, enquanto momento de passagem mais comum na prestação diária de cuidados de enfermagem.

### 3.2. A Passagem de turno entre enfermeiros: as passagens na prestação contínua de cuidados de enfermagem

A *passagem de turno* (PT) entre enfermeiros é uma tradição alicerçada no tempo e na rotina. Todos os enfermeiros no início de um turno devem receber um relatório do estado dos doentes (Scovell, 2010). Existem mesmo enfermeiros que se recusam a iniciar a prestação de cuidados sem uma PT formal, o que de acordo com Scovell (2010), ilustra a sua importância. A PT entre enfermeiros ocorre em cada unidade orgânica e demora cerca de meia hora, (pelo menos) três vezes por dia, 365 dias por ano (O'Connell, MacDonald, & Kelly, 2009) e são mesmo descritas como um ritual religioso (Evans, Pereira, & Parker, 2008).

Enquanto momento de passagem, a PT entre enfermeiros partilha pontos conceptuais e formais, mas possui características e limitações próprias sobre as quais debruçamos a nossa reflexão. Tal como descrito anteriormente, a PT não é uma competência formalmente ensinada nas escolas de enfermagem, mas sobretudo desenvolvida nas enfermarias, no contexto da prática diária (Scovell, 2010). Não é um evento objectivo, onde são transmitidos apenas factos, mas com propósitos subtis e as vezes não reconhecidos (Kerr, 2002; Scovell, 2010).

Na PT, em consonância com Hoban (2003), a informação deve ser transferida da equipa de enfermagem de um turno para a seguinte de forma a proporcionar continuidade e coerência nos cuidados prestados ao doente (Hoban, 2003). A PT é uma parte crucial da prestação de cuidados de qualidade e quaisquer erros ou omissões durante o processo de transferência podem ter consequências perigosas, de acordo com Pothier, *et al* (2005).

Por vezes os enfermeiros despendem o seu tempo próprio para a PT, quando não existe tempo dedicado durante o turno (McCloughen, O'Brien, Gillies, & McSherry, 2008), de forma a assegurarem uma passagem formal. A PT é parte integrante da cultura dos serviços e enfermarias: estudantes e novos enfermeiros são integrados e socializados (Payne, Hardey, & Coleman, 2000).

A PT demonstra ter efeitos positivos nos enfermeiros. Eles ganham motivação e usam a experiência e a informação para planearem os turnos futuros (McCloughen, O'Brien, Gillies, & McSherry, 2008). Exige atenção sistémica e individual às necessidades de formação, apoio, promoção e esforço contínuo para garantir que mantém uma posição de importância, num dia já cheio de trabalho (AMA, 2006). As percepções e práticas variam consoante o país, entre os grupos profissionais, especialidades e até mesmo dentro de uma única Organização, o que reflecte que nenhum método de transmissão é adequado para todos (BMA, 2005).

Na literatura são definidos como objectivos centrais da PT entre enfermeiros:

- **Transmitir informações** essenciais à prestação de cuidados ao doente (Parker, Gardner, & Wiltshire, 1992; Sherlock, 1995; Odell, 1996; Pothier, Monteiro, Mooktiar, & Shaw, 2005);
- **Promover a continuidade dos cuidados** para atingir os objectivos terapêuticos (Liukkonen, 1993; Miller, 1998; Payne, Hardey, & Coleman, 2000; O'Connell & Penney, 2001; Kerr, 2002);
- **Assegurar a transferência segura dos cuidados** ao doente para um enfermeiro competente e qualificado (Cameron, 2005).
- **Rever os doentes instáveis** e lembrar a procura de resultados pendentes (Cameron, 2005);
- **Reflectir e promover novas perspectivas**, e portanto reduzir os erros (Cameron, 2005);
- **Proporcionar aos doentes informação e envolvimento** no seu próprio cuidar (Cameron, 2005);
- **Promover a formação** dos enfermeiros (Lally, 1999; O'Connell & Penney, 2001; Kerr, 2002; Meißner, Hasselhorn, Estry-Behar, Ne'zet, & Pokorski, 2007);
- **Permitir a discussão** dos planos de cuidados, problemas da equipa ou organizacionais (Parker, Gardner, & Wiltshire, 1992; O'Connell, MacDonald, & Kelly, 2009);
- **Permitir a socialização** entre os profissionais (Strange, 1996; O'Connell & Penney, 2001);
- **Ajudar no planeamento e organização** do trabalho (Kerr, 2002);
- **Estimular o fortalecimento do espírito de equipa** (Lally, 1999);
- **Permitir funções de suporte e apoio pessoal** (Hopkinson, 2002).

A este respeito, Kerr (2002) identifica 3 funções essenciais para a PT: i) a comunicação expressa, que inclui a passagem de informações e ocorrências basilares à assistência clínica; ii) a transferência de informação subjectiva e que inclui os aspectos sociais e psicológicos; iii) a integração cultural, que tem como objectivo a construção da identidade profissional. Estes aspectos foram também apontados por Santos *et al* (2010) e Scovell (2010).

Importa ainda a definição da OE (2001), que se aproxima do contexto e natureza das implicações da profissão no contexto nacional:

*“ A PT apresenta-se como um momento de reunião da equipa de enfermeiros, tendo como objectivo assegurar a continuidade de cuidados, pela transmissão verbal de informação, e como finalidade promover a melhoria contínua da qualidade dos cuidados, enquanto momento de análise das práticas e de formação em serviço. A passagem de informação é realizada de forma oral, complementando a informação escrita”* (OE, 2001).

Quanto à estruturação da PT entre enfermeiros a revisão da literatura permitiu identificar diferentes métodos, nomeadamente (McKenna & Walsh, 1997; Miller, 1998; O'Connell & Penney, 2001; Strople & Ottani, 2006; Scovell, 2010):

- **Verbal** (Liukkonen, 1993; Thurgood, 1995);
- **Com notas escritas** (como complemento à comunicação verbal) (Hardey, Payne, & Coleman, 2000; Payne, Hardey, & Coleman, 2000);
- **Junto à cama do doente** (Cahill, 1998; Greaves, 1999; Webster, 1999; O'Connell & Penney, 2001; Kassean & Jagoo, 2005; IHI, 2005);
- **Por telefone** (Footitt, 1997);
- **Por gravação de som** (Prouse, 1995; O'Connell, MacDonald, & Kelly, 2009);
- **Não verbal** (Kennedy, 1999);
- **Através de relatórios informáticos** (IHI, 2005);
- **Impressão de relatórios** (Parker, Gardner, & Wiltshire, 1992) ;
- **De memória** (quando não existe qualquer suporte, como o quadro de enfermagem, por exemplo) (Parker, Gardner, & Wiltshire, 1992).

Assim, são diversos os métodos de desenvolvimento da PT entre enfermeiros, que, quando associados à variabilidade e diferenças culturais que caracterizam os enfermeiros, as equipas e as Organizações, criam falhas nas estruturas de comunicação.

Neste sentido, refere-se em seguida alguns dos problemas identificados na literatura inerentes a este tema.

### 3.2.1. Barreiras e limitações da PT entre enfermeiros

O carácter multifacetado da PT entre enfermeiros origina diversas barreiras ao desenvolvimento de processos de comunicação abrangentes. Em relação ao método de PT entre enfermeiros um estudo conduzido por Pothier *et al* (2005) analisou diferentes métodos de PT: puramente verbal, verbal com a tomada de notas e combinado entre uma folha pré-imprimida com informação e transmissão oral.

Dos três métodos estudados, o que demonstrou maior retenção de informação utilizou uma folha pré-imprimida com informações da doente combinada com a passagem verbal (Pothier, Monteiro, Mooktiar, & Shaw, 2005). A taxa de retenção de informações foi muito variável, mas método combinado da folha pré-imprimida com a passagem verbal permitiu a retenção de 96 a 100% das informações (Pothier, Monteiro, Mooktiar, & Shaw, 2005). A utilização apenas do método verbal foi a menos eficaz, com taxas de retenção de informação entre os 0 e os 26% (Pothier, Monteiro, Mooktiar, & Shaw, 2005; Bhabra, Mackeith, Monteiro, & Pothier, 2007).

A utilização de uma folha de passagem de turno é um fenómeno bem conhecido e enraizado nos enfermeiros. Estes instrumentos suportam a recepção ou transmissão de informações na PT, através de simples anotações, rascunhos, tópicos de informação ou mesmo de formas mais estruturadas, dependendo das culturas organizacionais. Um estudo sobre as notas retiradas da PT determinou que estas anotações são utilizadas com diversos propósitos, incluindo o planeamento de tarefas, o registo de informações específicas ou ainda de percepções sobre o doente e a família (Hardey, Payne, & Coleman, 2000). Esta configuração das folhas de passagem de turno apresenta-se também como uma oportunidade de melhoria da transmissão de informações durante a PT entre enfermeiros (Hardey, Payne, & Coleman, 2000).

Também o método de PT junto à cama do doente é amplamente referido, sobretudo pelo facto de centrar-se e incluir o doente na passagem (Cahill, 1998; Greaves, 1999; Webster, 1999; O'Connell & Penney, 2001; Kassean & Jagoo, 2005). Contudo, tem surgido preocupações relacionadas com a confidencialidade do doente (Cahill, 1998; Greaves, 1999; Webster, 1999; O'Connell & Penney, 2001), a qual pode ser comprometida, se não for cuidadosamente abordada. Um estudo qualitativo focou a descrição das percepções dos doentes que integraram passagens de turno junto ao doente e determinou que alguns são a favor deste método, enquanto outros não (Cahill, 1998). Alguns doentes demonstraram preocupação com a linguagem informal utilizada pelos enfermeiros (Cahill, 1998), mas um deles notou que a sua inclusão na PT adicionou um nível mais elevado de segurança, com os dados incorrectos a poderem ser abordados e corrigidos (Cahill, 1998; Kassean & Jagoo, 2005).

O desafio ao longo dos tempos para a PT é o de identificar métodos e implementar estratégias que permitam o fluir da informação e protejam a sua dissipação (Anthony & Preuss, 2002), prevenindo perda de informações clínicas importantes. É um desafio conceber um processo de PT que seja eficiente e abrangente tal como os estudos de caso demonstram (Kassean & Jagoo, 2005; Meißner, Hasselhorn, Estry-Behar, Ne'zet, & Pokorski, 2007; O'Connell, MacDonald, & Kelly, 2009).

A importância de facilitar a comunicação é um factor crítico na promoção da segurança do doente, uma vez que a PT entre enfermeiros é uma actividade multifacetada (Kelly, 1999; Manias & Street, 2000; Kerr, 2002). Uma organização que promove uma comunicação aberta e permite, a todos os níveis profissionais, questionar e expressar as suas preocupações de forma não hierárquica é congruente com um ambiente promotor de uma cultura de segurança (IOM, 2004). Curiosamente, um estudo demonstrou que os jovens enfermeiros quando procuram informação aproximam-se dos enfermeiros que lhes parecem menos “autoritários” (Taylor, 2002).

No que respeita às informações transmitidas, um estudo de McMahon (1990), verificou que a informação transmitida não incluía dados relevantes para a segurança do doente, tais como deficiências auditivas e visuais, dependência física e necessidades especiais ou alterações da forma de expressão e comunicação. Outro estudo ainda, concluiu que existem desfasamentos entre a informação transmitida e aquela que é registada (Lamond, 2000).

No seu estudo, realizado sobre as implicações das falhas de comunicação na passagem de turno, Andrade *et al* (2004) afirmam que apenas 26,08% dos Enfermeiros estudados referiram não terem problemas durante a passagem de turno que interfiram na continuidade dos cuidados (Andrade, Vieira, Santana, & Lima, 2004).

Importa ainda o trabalho de Arora *et al* (2005), cujas principais conclusões referem que as falhas da PT são caracterizadas por omissões de conteúdo ou falhas no processo de comunicação. Também Sexton *et al* (2004) afirmam que a informação transmitida pode ser irrelevante, repetitiva, especulativa ou duplicada de outras fontes de informação. A observação da PT revelou que 84,6% das informações transmitidas poderiam ser obtidas nos registos clínicos e que alguns dos relatórios efectuados na PT promovem a confusão (Sexton *et al*, 2004).

Noutro estudo em que são focados os erros e eventos adversos envolvendo jovens enfermeiros, os mesmos identificaram a PT como uma preocupação, particularmente no que respeitava a informação omissa ou incompleta (Ebright, Urden, Patterson, & Chalko, 2004).

A congruência da informação transmitida com o estado clínico do doente constitui outra limitação da PT. Um estudo demonstrou que a correspondência entre as informações reportadas na PT e o estado do doente era de 70%, com uma taxa de omissão de 12% (Richard, 1988). É importante que a comunicação reflecta descrições objectivas sobre a condição do doente (Priest, 2000).

Numa outra perspectiva, Soares (2004) desenvolveu um estudo qualitativo sobre os contributos formativos e sociais da passagem de turno e da tipologia da comunicação utilizada. A pertinência ressalta da aproximação ao contexto de uma unidade hospitalar em Portugal. Das conclusões importa referir a relevância da passagem de turno enquanto momento de desenvolvimento de aprendizagens; quanto à comunicação, o autor conclui que é necessária uma maior aproximação da linguagem ao processo de cuidar (Soares, 2004).

A PT tem que ocorrer, sobretudo no contexto contínuo do trabalho por turnos. A descontinuidade é inevitável e, como tal, impõem-se soluções que aumentem a efectividade das transferências. Pelo que, Vidyarthi (2004) defende a padronização das transferências nas PT para permitir concretizar os seguintes objectivos: i) uma

mudança de cultura e a valorização do processo de transferência; ii) o desenvolvimento de competências comunicacionais; iii) a criação de um quadro geral com os dados dos doentes; iv) a implementação das tecnologias de informação (Vidyarthi, 2004).

Noutro estudo conduzido por Manias & Street (2000), os autores concluíram que durante a PT devem ser percebidas as necessidades globais como uma oportunidade para todos os enfermeiros discutirem abertamente e não meramente como um fórum no qual os enfermeiros supervisores demonstram a sua posição na hierarquia de enfermagem e controlo do ambiente (Manias & Street, 2000).

No mesmo sentido, outro estudo já havia demonstrado que a PT funciona eficazmente, mas com possibilidades de melhoria. Eram consideradas muito longas, com uma duração até 60 minutos, sobretudo porque a informação era tão abrangente que se tornava difícil assimilar em apenas uma sessão. Verificou-se ser um processo de qualidade variável, mais uma vez devido à falta de estrutura formal (Sherlock, 1995).

É importante entender o contexto em que são prestados os cuidados de saúde e estar ciente do impacto dos processos ambientais nos profissionais. O ambiente físico pode não ser favorável à ocorrência de uma PT eficaz, porque pode ser barulhento (Topf, 2000; IOM, 2004), propenso a interrupções (Coiera, Jayasuriya, & Hardy, 2002; Hedberg & Larsson, 2004; Spencer, Coiera, & Logan, 2004; Stratton & Blegen, 2004), bem como decorrer sobre pressão física e emocional (Wachter & Shojanian, 2004).

Os ruídos e as interferências que perturbam a PT, nos horários de trocas de turnos, devem-se sobretudo ao acúmulo de pessoas nas unidades hospitalares; tais como, as visitas médicas, as chegadas de pré e pós-operatórios, a dispensa de materiais e roupas, a entrega de alimentos, além das visitas dos familiares (Siqueira M. , 1998). Este trânsito de profissionais e visitantes provocava o aumento dos ruídos na comunicação e solicitações aos enfermeiros, interrompendo a PT nas unidades. Neste mesmo estudo, demonstraram também, que estes aspectos contribuíam para aumentar o tempo utilizado nos eventos, originando problemas de trabalho na instituição (Siqueira M. , 1998).

Importa assim proporcionar um local com ambiente adequado, onde a PT decorra com o mínimo de distrações (White, 2004), com vista a reduzir e limitar as interrupções, de forma a manter a focalização na transmissão de informações (Currie, 2002; Beach C. , 2006; Joint Comissão, 2008). No que respeita ao ruído, importa um ambiente adequado, mas também a repetição das informações escutadas (*readback*) e a clarificação relativa a expressões fonéticas e numéricas (Solet, Norvell, & Rutan, 2005; Yates, Bernd, & Sayles, 2005).

A continuidade dos cuidados no hospital depende da existência de mecanismos efectivos e eficientes de comunicação entre todos os membros da equipa de saúde



(Sexton *et al*, 2004). Para garantir a continuidade eficaz das informações, a PT deve atingir um equilíbrio entre abrangência e eficiência. As informações prestadas durante a PT influenciam a prestação de cuidados durante o turno inteiro (Currie, 2002). A PT desempenha um papel central no contexto de 24 horas contínuas em que os cuidados de enfermagem se desenrolam (Kerr, 2002; Sharma *et al*, 2009). Contudo, dado o espectro de realidades, obter um consenso sobre o procedimento ideal, representa um desafio sobretudo no equilíbrio entre o processo de PT ideal e o efectivamente praticável (Horn, Bell, & Moss, 2004).

Importa ainda o facto de que as dinâmicas do trabalho de equipa são fortalecidas pela comunicação. Lally (1999) concluiu que a comunicação reflecte-se na coesão da equipa e valorização profissional dos enfermeiros, sobretudo pela discussão sobre os objectivos alcançados pelos cuidados prestados (Lally, 1999). Apesar disto, Pirolo e Chaves (2002) concluíram que tais eventos não constituíram uma actividade de grupo, pois os indicadores de comunicação ineficazes foram predominantes em relação aos eficazes, comprometendo a recepção de mensagens (Pirolo & Chaves, 2002).

Em suma, a PT entre enfermeiros é um evento fundamental na organização do trabalho em enfermagem (Siqueira & Kurcgant, 2005) sendo uma rotina enraizada na prestação diária de cuidados (O'Connell, MacDonald, & Kelly, 2009). Podemos identificar a transferência de informação e a continuidade dos cuidados como finalidade principal da PT entre enfermeiros. Mais, é esperado que as mudanças dos profissionais decorram com as mínimas interferências no funcionamento das unidades.

O método da passagem de turno em enfermagem está relacionado com o ambiente onde se insere, as definições organizacionais e a cultura da equipa. É considerado um processo basilar para a prestação de cuidados de enfermagem de qualidade e seguros.

O trabalho por turnos depende de transferências de informação eficazes para proteger a segurança do doente. A continuidade da informação está subjacente a todos os aspectos da continuidade dos cuidados. Mas a mudança de execução, num ambiente onde os processos de transferência de informação são frágeis, pode precipitar falhas dos sistemas e colocar em perigo a segurança do doente (BMA, 2005).

De entre os obstáculos a uma efectiva e segura PT os problemas de comunicação recebem consenso. Reforçando essa importância decidiu-se pela sua apresentação mais detalhada

### 3.3. O processo de comunicação na transferência de responsabilidades entre enfermeiros

A forma como os profissionais de saúde interagem e comunicam é determinante da qualidade dos serviços que prestam (Santos, Grilo, Andrade, Guimarães, & Gomes, 2010). Já em 1989, Farley advogava que os problemas de comunicação eram frequentemente descritos como um factor de insatisfação profissional. As falhas de comunicação nos serviços saúde influenciam os resultados clínicos (Wilson, Runciman, Gibberd, Harrison, Newby, & Hamilton, 1995; Spencer, Coiera, & Logan, 2004; Botti, et al., 2009). Devido ao papel do contexto na comunicação humana, uma incompatibilidade entre o quadro previsto pelo emissor e o realmente utilizado pelo ouvinte pode resultar num mal-entendido (Lichtner, Galliers, & Wilson, 2010).

Na Austrália, dos 25 000 a 30 000 eventos adversos evitáveis que levaram a incapacidade permanente, 11% foram por problemas de comunicação (Zinn, 1995). Um estudo que observou os padrões de comunicação entre médicos e enfermeiros, concluiu que 31% dos episódios de comunicação eram interrompidos, traduzindo-se em 11 interrupções por hora para médicos e enfermeiros (Coiera, Jayasuriya, & Hardy, 2002). Já Spencer *et al* (2004) concluíram que existiam 15 interrupções por hora.

Os problemas de comunicação nas transferências de informação e responsabilidades são um consenso internacional; Austrália (ACSHQC, 2005), Reino Unido e Irlanda do Norte (BMA, 2005) debruçaram-se sobre este problema e publicaram recomendações para a redução dos riscos. Enquanto no presente não há uma prática ideal para a comunicação nos momentos de passagens de turnos, várias estratégias tem sido implementadas e estão a ser estudadas. Um estudo concluiu que uma comunicação precisa, objectiva, e face a face, é a melhor maneira de assegurar passagens de turnos eficazes (Solet, Norvell, & Rutan, 2005).

Contudo, especialistas em segurança do doente concordam que estas soluções enquadradas com o desenho de sistemas de prestação de cuidados serão mais efectivas na melhoria da comunicação (OMS, 2006). Sistemas com desenhos melhorados vão aumentar a capacidade dos profissionais comunicarem mais eficazmente pela vantagem do conhecimento dos factores humanos (como os humanos cometem erros), construir redundâncias nos processos, criar funções obrigatórias, reduzir as etapas nos processos e, conseqüentemente, a oportunidade de erros (JCHAO, 2005).

Em parte, os problemas das passagens de turnos são originados na forma como os profissionais são formados ou não (em trabalho de equipa e competências comunicacionais), na falta de exemplos e modelos e nos sistemas de saúde que promovem e recompensam a autonomia e a performance individual (JCHAO, 2005).

Importa ainda, na melhoria dos processos de comunicação, outras indústrias de alto risco, como a aviação e as centrais nucleares. Um dos principais exemplos é a necessidade de uma linguagem comum na comunicação de informações críticas (IHI, 2005; Joint Commission, 2006). Por vezes basta permitir aos profissionais a oportunidade de colocar e esclarecer questões como medida para melhorar a comunicação e aumentar a efectividade das passagens de turnos (Joint Commission, 2005). A racionalização e padronização dos processos de passagem de informações também podem melhorar o raciocínio crítico e reduzir o tempo de ausência junto dos doentes, sobretudo no que se refere às mudanças de turno em particular (Hansten, 2003).

Também a técnica de *read-back* (repetição) é um instrumento de melhoria efectiva da comunicação durante as passagens de turnos. O receptor das informações anota-as e repete-as ao emissor, para que ambos possam obter a confirmação de que o primeiro compreendeu as informações transmitidas. A aplicação de tecnologias de informação e o aperfeiçoamento dos sistemas de informação informáticos nos processos de passagens de turno têm demonstrado a redução de eventos adversos (Peterson *et al*, 1998).

Em suma, porque os profissionais realizam transferências de informações sobre os doentes e passagens de turno frequentemente, não se apercebem que a comunicação é um processo de alto risco. E, como não podem dedicar o tempo suficiente para momentos de passagens completas, um ou outro membro da equipa pode não ter uma visão completa da situação do doente e informações importantes podem ser perdidas (JCHAO, 2005; Borowitz, et al., 2008). O doente é um elemento chave na qualidade deste processo.

A comunicação deve ser entendida num sentido amplo e complexo, incluindo a não-verbal, a oral e a escrita (Gorney, 2005). Atendendo ainda ao contexto presencial ou indirecta, através de instrumentos tecnológicos (Siqueira & Kurcgant, 2005). Para além disto, as competências individuais de comunicação são determinantes para a qualidade das passagens de turnos. Sobretudo, porque persiste a ausência quer de aquisição, quer de desenvolvimento das competências comunicacionais individuais (Matheus, Colvero, Igue, & Dias, 1998).

#### 4. A segurança do doente e a importância da comunicação nos momentos de passagens de turnos

*“A segurança dos doentes constitui hoje um sério problema de saúde pública que urge dar resposta.”*

(Sousa, 2006)

A segurança é um princípio fundamental nos cuidados prestados aos doentes e um componente crítico da gestão da qualidade. A sua melhoria exige um complexo sistema de sinergias e envolve um amplo leque de acções na melhoria do desempenho (Sousa, 2006). São diversas as medidas internacionais implementadas com vista à promoção da segurança do doente, nomeadamente a criação de agências nacionais especializadas na análise dos erros e na implementação de programas de redução de risco, além da criação de sistemas de reporte de erros e criação de bases de conhecimento e medidas correctivas de falhas (Sousa, 2006). Importa assim reflectirmos sobre alguns programas e iniciativas que visam a promoção da segurança do doente, e mais especificamente projectos que contribuem de forma decisiva para a melhoria da comunicação entre profissionais, os *handovers* e as passagens de turno entre enfermeiros.

A União Europeia apoiou o desenvolvimento do projecto SIMPATIE (*Safety Improvement for Patients In Europe*). Este projecto criou diversos instrumentos com o objectivo de promover a Segurança do doente na União Europeia (SIMPATIE Project, 2007). As conclusões foram relevantes, mas este projecto apesar da iniciativa careceu de expressividade no seio dos destinatários.

No que se refere à Enfermagem o ICN e a OE (2006) desenvolveram a visão de que *“Dotações seguras salvam vidas”*, na perspectiva da promoção da segurança dos cuidados de saúde e da protecção dos Enfermeiros. Este documento propõe que sejam implementadas medidas a níveis nacional, regional e local para a redução dos erros médicos e melhoria da segurança dos doentes, que se centram em torno dos seguintes aspectos: i) Liderança e conhecimentos para a segurança dos doentes; ii) Sistemas de relato de erros; iii) Protecção dos que relatam eventos adversos e questões relacionadas com as dotações; iv) Estabelecimento de padrões de desempenho e expectativas para a segurança dos doentes; v) Criação de sistemas de segurança em organizações de cuidados de saúde.

Contudo a OMS, assegura o maior projecto de nível mundial na promoção da Segurança do doente. A criação da Aliança Mundial para Segurança do Doente, em 2004, foi um passo significativo na luta para melhorar a segurança dos cuidados de saúde em todos os países-membros (OMS, 2004). Este projecto agregou o conhecimento, a experiência e os recursos das mais relevantes organizações de prestação, administração e supervisão de cuidados de saúde.

Foram desenvolvidos passos comuns, através do delineamento de uma agenda internacional, com vista a responder às ameaças à segurança dos cuidados. De entre os diversos projectos salienta-se: o desenvolvimento por uma taxonomia universal (*International Classification for Patient Safety*) (OMS, 2009); as campanhas de combate a resistências antimicrobianas; o projecto “*Clean Care is Safer Care*”, que constituiu o primeiro desafio global para a promoção da segurança do doente; o projecto “*Safe Surgery Saves Lives*” cujo propósito é melhorar a segurança dos cuidados cirúrgicos em todo o mundo, assegurando a adesão às normas de cuidados padronizadas e comprovada em todos os países. Este constitui o segundo desafio global (OMS O. M., 2010).

Como se pode facilmente depreender, a prestação de cuidados de segurança desenha-se em grandes desafios ao redor do mundo. Para resolver este problema, tendo a OMS como principal dinamizador, foi delineada desde 2006, uma iniciativa de acção sobre a segurança dos doentes: *High 5's* (The High 5's Project, 2009). Este visa alavancar a implementação de soluções padronizadas para a segurança do doente que teriam amplo impacto a prevenir eventos catastróficos adversos na saúde. A Missão da iniciativa *High 5's* é facilitar a implementação e avaliação de soluções padronizadas na segurança do doente dentro de uma comunidade global de aprendizagem para alcançar uma concreta, significativa e sustentada redução de problemas de risco elevado para a segurança doente (The High 5's Project, 2009). A primeira fase deste projecto envolveu a identificação de cinco áreas carentes de soluções, baseada em evidências para a segurança do paciente e consequente desenvolvimento de normas padronizadas:

- 1) O manuseamento de medicamentos injectáveis;
- 2) A continuidade da medicação nas transições de cuidados;
- 3) O procedimento cirúrgico correcto no local do corpo correcto;
- 4) A comunicação nas transições entre prestadores e/ou prestações de cuidados;
- 5) Prevenção das infecções de associadas aos cuidados de saúde;

Os três primeiros problemas possuem já protocolos padronizados de operacionalização de soluções em implementação, que referimos acima. A comunicação nas transições entre prestadores e/ou prestações de cuidados de saúde assumiram-se como o foco de

interesse e motivação para o desenvolvimento deste trabalho (The High 5's Project, 2009).

Assim, focamos a nossa atenção nos projectos que visam a melhoria da comunicação nos momentos de transição entre prestadores de cuidados de saúde.

#### 4.1. Desenvolvimentos recentes na melhoria da comunicação entre profissionais de saúde

Ainda são muitas as lacunas de conhecimento existentes na compreensão da transferência de responsabilidades. As variações na prática, particularmente aquelas com impacto na segurança e qualidade, não têm sido sistematicamente exploradas (Jeffcott, Evans, Cameron, Chin, & Ibrahim, 2009). De acordo com Johnson & Arora (2009), as principais falhas nos processos de passagens de turnos são: o facto de serem um período vulnerável, a falta de padronização e variabilidade, o limite no tempo devido pelos profissionais a esta responsabilidade e a falta de chamada de atenção e ensino na formação académica. Incentivar o treino e simulação das transferências, bem como a inclusão desta temática nos programas de formação educativa, são uma solução tendo em vista a melhoria continua (Philibert & Leach, 2005; Lawrence, Tomolo, Garlisi, & Aron, 2008).

Este problema é também alvo da atenção da *Joint Commission* (2008), que introduziu no seu programa nacional de segurança do doente, um objectivo que visa a melhoria dos momentos de passagens de turnos. As orientações da *Joint Commission* para a execução de metas de segurança são apresentadas na Tabela seguinte (Joint Commission, 2008):

Metas de segurança para uma comunicação eficaz	
1	Uma comunicação interactiva que permita a oportunidade de questionar entre o emissor e o receptor da informação do doente
2	Actualização das informações sobre o tratamento do doente, cuidados e serviços, condições, e as mudanças recentes ou previstas
3	Um processo para verificação das informações recebidas, incluindo repetição das informações emitidas/recebidas
4	Uma oportunidade para o receptor da informação rever os dados históricos relevantes do doente.
5	Limitar as interrupções durante as transferências para minimizar a possibilidade de que a informação deixe de ser transferida ou seja esquecida

Tabela 1 - Metas de segurança para uma comunicação eficaz  
(Adaptado de *Joint Commission*, 2008)

Numa abordagem, a esta problemática e sob a chancela da *Joint Commission*, Haig *et al* (2006) estudaram a aplicação de um modelo de transmissão de informação. O modelo **SBAR** (*Situation, Background, Assessment, Recommendation*) procurou formalizar e

estruturar este processo, de forma padronizada, melhorando a qualidade das informações transmitidas. De acordo com o descrito pelos autores, foi uma acção bem sucedida. Apesar das falhas detectadas, o envolvimento dos profissionais na procura de melhorias e aperfeiçoamentos foi mais uma mais-valia acrescentada a este processo (Haig, Sutton, & Whittington, 2006; Velji, et al., 2008).

A troca de informação constitui apenas uma parte das passagens de turnos. O projecto OSSIE inclui um processo padronizado para as transferências, bem como um conjunto conteúdos e dados normalizados (ACSQH, 2009). Na consolidação desta ideia, surge o projecto *Transfer of Accountability*, cujos resultados traduziram um aumento da eficácia da comunicação e melhor coordenação das informações transmitidas pelos Enfermeiros (Alvarado, et al., 2006).

O *The PACT Project* é outro dos exemplos dos esforços desenvolvidos na melhoria da comunicação. O principal objectivo é melhorar a comunicação pela concepção, execução e avaliação de ferramentas padronizadas para as passagens (Clark, Squire, Heyme, Mickle, & Petrie, 2009). Assim este traduz-se em: **P** - *Patient assessment* / avaliação do paciente; **A** - *Assertive communication* / comunicação assertiva; **C** - Continuum of care/continuidade de cuidados; **T** - *Teamwork with trust* / trabalho em equipa com confiança.

Importa ainda um projecto específico de melhoria das PT entre enfermeiros: o *Nurse Knowledge Exchange* (NKE). É um projecto que resultou da identificação de uma oportunidade de melhoria e do desenvolvimento de um projecto de mudança da PT entre os profissionais dos Hospitais Kaiser Permanente, na Califórnia, e a IDEO, uma empresa de consultoria em saúde (McCarthy, 2006).

O NKE consiste num processo de 4 etapas para a PT com vista à transmissão de formações vitais do doente de forma concisa, precisa e consistente. A PT ocorre junto à cama do doente, utiliza um software de actualização das informações do doente, um quadro de responsabilidades e inclui a participação do doente (McCarthy, 2006). Embora ainda carente de dados mais consistentes, o NKE conduziu à melhoria da segurança do doente. O *Institute for Healthcare Improvement* (IHI) identificou o NKE como um dos melhores procedimentos de transferências entre enfermeiros para melhorar a segurança do doente (IHI, 2005)

As comparações pré e pós implementação feitas num estudo piloto do NKE demonstraram a optimização do tempo gasto nas transferências entre o enfermeiro de saída de turno e o seguinte. Os resultados pós implementação demonstraram grande nível de satisfação dos doentes e enfermeiros. Os principais resultados foram (McCarthy, 2006; IHI, 2005):

- Optimização do tempo de preparação: o estudo piloto demonstrou que o intervalo de tempo entre a chegada do enfermeiro de entrada e o início da PT manteve-se aproximadamente o mesmo. Contudo, este tempo de espera é gasto na revisão de dados do doente, ao invés de esperar pela atribuição de doentes;
- Optimização do tempo de PT: o intervalo de tempo entre a recepção do primeiro e do último doente pelo enfermeiro de entrada permaneceu o mesmo; no entanto aumentou consideravelmente a qualidade das informações transmitidas. Os enfermeiros discutem informações mais detalhadas e específicas dos seus doentes e os planos de cuidados dos próprios doentes, ao invés, de falarem sobre detalhes básicos sobre todos os doentes;
- Redução do tempo do primeiro contacto: o NKE permitiu aos enfermeiros de entrada contactarem com os seus doentes muito mais rapidamente. O intervalo de tempo entre o início do turno e o primeiro contacto com o primeiro doente desceu de 30 a 60 minutos antes da implementação para menos de 11 minutos após;
- Aumento da satisfação de doentes e enfermeiros: ambos demonstraram satisfação após a implementação do NKE. Com os enfermeiros a referirem que recebem melhores informações sobre os seus doentes e valorizaram a oportunidade de questionar o enfermeiro de saída directamente. Os doentes demonstraram apreço pela oportunidade de envolvimento na passagem de turno e por conhecerem o enfermeiro seguinte.

As soluções tecnológicas e o recurso às tecnologias de informação assumem-se como uma possível solução para a melhoria do processo de transferência. Sobre este propósito, Wilson *et al* (2005) concluíram que qualquer solução de tecnologias de informação deve estar atenta ao facto de que a PT serve outros fins que não a passagem directa de informação relacionada com o doente. E que a flexibilidade na apresentação e uso da informação será a chave para o sucesso de qualquer sistema de apoio à transferência de responsabilidades (Wilson, Galliers, & Fone, 2005; JCHAO, 2005; Wong, Turner, & Yee, 2007).

Tudo isto pode afectar a segurança de maneiras inesperadas. As PT são muito mais complexas do que anteriormente se pensava e essa complexidade não é ainda conhecida (Behara, et al., 2005). Os programas de transferência estruturada tendem a demonstrar a redução da frequência de erros (Behara, et al., 2005).

A PT é um processo que não era visto como uma função explícita da forma como o trabalho é feito. Mas está implicitamente presente e é necessária para os cuidados serem concluídos com êxito. Porém, embora o seu sucesso seja criticamente importante para a qualidade e segurança dos cuidados, têm recebido pouca atenção da



comunidade de saúde. A ausência de normas ou orientações normativas para a mudança de turno, começam hoje a constituir-se como uma preocupação, sendo ainda notória a falta de investigação.

Em contraste, outras indústrias de alto risco, desenvolveram estudos sobre a mudança de turno (Fragata & Martins, 2004). Além de ter os pilotos de Fórmula 1 (ou seja, os praticantes) da medicina, para alcançar a excelência nos cuidados ao doente, todos nós precisamos de uma equipa de “box” de Fórmula1 da medicina para conseguir a mesma excelência (Catchpole, et al., 2007; Dunn & Murphy, 2008).

Mais, a resiliência encaixa a complexidade dos cuidados de saúde de forma mais eficaz do que os princípios de alta fiabilidade. Esta representa uma mudança na forma de ver o factor humano do trabalho, não como uma característica patológica de um sistema de saúde, mas sim como um recurso valioso, que contribui activamente para uma maior segurança do doente (Jeffcott, Ibrahim, & Cameron, 2009b).

A compreensão de como as transições podem contribuir para o sucesso dos cuidados é agravado pelo facto serem muito heterogéneas. Embora normalmente visto como exercício de comunicação, também serve outras necessidades importantes, incluindo a formação, a coesão da equipa e a socialização.

É esperado que o desenvolvimento da PT, e das passagens em geral, contribua para a melhoria dos resultados em saúde, sobretudo pela eliminação de falhas de comunicação. Este é o momento de comunicação mais comum entre os diversos que ocorrem numa organização de saúde. Importa conhecer este fenómeno e caminhar para o desenvolvimento de soluções locais, na passagem de turno de um serviço de internamento. E, neste sentido, promover soluções efectivas para um problema que é global na prestação de cuidados de saúde.

## **II - Enquadramento metodológico**

## 5. Objectivos da investigação

A complexidade dos cuidados de saúde exige uma correspondente divisão do trabalho, o que leva a mais transmissões nos cuidados, diferentes configurações, assim como ao facto dos doentes se moverem entre diferentes contextos de cuidados e especialidades profissionais (Friesen, White, & Byers, 2008). Ao longo da revisão da literatura descreve-se como a qualidade de uma organização de saúde pode ser influenciada pelas falhas dos processos de comunicação, muito especialmente em momentos críticos, como sejam os momentos de passagens de turnos.

Nesta perspectiva, os momentos de passagens, e em especial as passagens de turno entre enfermeiros, são assumidos como um pertinente objecto de análise. Com vista a compreender melhor as passagens de turno entre enfermeiros, através de um estudo empírico, foram elaborados os objectivos seguintes.

### 5.1. Objectivo geral

Define-se como objectivo geral deste estudo:

- Contribuir para o conhecimento do processo de transferência de responsabilidades durante a passagem de turno que é percebida como determinante na segurança do doente e qualidade dos cuidados.

### 5.2. Objectivos específicos:

Definem-se como objectivos específicos deste estudo:

- Descrever o processo de passagem de turno entre enfermeiros;
- Caracterizar o processo de comunicação na transmissão de responsabilidades nas passagens de turno entre enfermeiros;
- Avaliar a importância atribuída por uma amostra de enfermeiros à comunicação nas passagens de turno;
- Identificar a sua percepção sobre os pontos fortes, limitações e formas de melhoria do processo de passagem de turno.

## 6. Desenho do Estudo

### 6.1. Tipo de Estudo

Este trabalho define-se como um estudo exploratório e descritivo, transversal de abordagem integrada. Define-se como exploratório pois tem como finalidade desenvolver, esclarecer e modificar conceitos ou ideias, com vista à formulação de problemas mais precisos ou hipóteses para estudos posteriores (Gil, 1989). A vertente descritiva revela-se muito importante uma vez que “*a finalidade principal do método descritivo é fornecer uma caracterização precisa das variáveis envolvidas num fenómeno ou acontecimento*” (Pinto, 1990). Como abordou cada elemento da amostra num único momento, constitui-se como um estudo transversal (Ribeiro J. , 1999).

Os dois métodos de investigação que concorrem para o desenvolvimento do conhecimento são o método qualitativo e o método quantitativo. A Abordagem deste estudo caracteriza-se pela combinação dos dois, caracterizando-se por um delineamento metodológico integrado (Pollit & Hungler, 2004). De acordo com Jeffcott *et al* (2009) uma combinação de métodos permite que as complexidades da PT possam ser plenamente exploradas e a investigação-acção representa uma família de metodologias de pesquisa que permitem prosseguir uma acção (ou mudança) e investigação (ou compreensão), concomitantemente.

### 6.2. População e amostra

A população (Carmo & Ferreira, 1998) deste estudo é definida pela equipa de enfermeiros do serviço de internamento médico-cirúrgico 3HA do Hospital da Luz (SIMC-3HA), SA. Sendo que este estudo incide na análise de um fenómeno delineado pela prestação de cuidados de enfermagem, não resultam quaisquer desvios na definição da população. A população é 46 indivíduos.

A amostra deve pois reflectir, propositadamente, as necessidades de informação previamente definidas pelo investigador. A representatividade de uma amostra não é garantida nem pelo método aleatório, nem pela estratificação. Os indivíduos são seleccionados pela sua capacidade (esperada) de gerarem novas ideias para a elaboração da teoria. Dada a infinidade de possibilidades de inclusão, importa pois

definir critérios delineados em relação com a teoria (Pollit & Hungler, 2004; Flick, 2005).

Assim, e atendendo às opções metodológicas explicitadas, este estudo conta com uma amostra de conveniência, assente em 2 fases:

- a primeira respeitante à amostra observada durante o período de observação participante da PT entre enfermeiros do SIMC-3HA. Esta amostra de conveniência foi composta por todos os enfermeiros participantes nas PT observadas e totalizou 44 enfermeiros participantes em pelo menos uma das 30 observações da PT efectuadas;
- a segunda amostra correspondente aos indivíduos, que depois de observados, foram sujeitos a entrevista. Assim, dos 44 Enfermeiros envolvidos nas observações efectuadas, foram seleccionados de forma conveniente e voluntária, 20 indivíduos que colaboraram na realização da entrevista. Esta segunda fase, foi regeu-se pela disponibilidade e aceitação dos profissionais em colaborar na realização da entrevista, entre os dias 01 e 15 de Outubro de 2010.

### 6.3. Instrumentos de recolha de dados

Para prossecução dos objectivos propostos foram utilizados como instrumentos de recolha de dados uma entrevista semi-estruturada em complemento da metodologia de observação naturalista utilizada para a caracterização da passagem de turno. Face à ausência de instrumentos padronizados para a recolha de informação, previamente procedemos à elaboração de um quadro de dimensões/situações que caracterizam a PT (Apêndice 1).

Para a caracterização da passagem de turno foi utilizada uma metodologia de observação com recurso a uma grelha estruturada (Apêndice 2).

#### 1) Grelha de observação estruturada

A Observação estruturada, de acordo com Estrela (1994), classifica-se quanto à perspectiva e atitude do observador como observação naturalista. É uma forma de observação sistematizada, realizada em meio natural e utilizada na descrição e quantificação de comportamentos do homem (Estrela, 1994).

Esta grelha foi delineada de acordo com as dimensões e situações mais referenciadas para o processo de passagem de turno entre equipas de enfermagem e expectáveis de observação na realidade do serviço em estudo. Visou três dimensões: i) informação; ii) sistema/processo; iii) individual/segurança.

Em cada uma destas dimensões, e com base no quadro de dimensões/situações, identificaram-se um conjunto de comportamentos, competências ou tarefas. Estas acções observadas foram definidas de acordo com a sua aplicabilidade na realidade em estudo e também a sua importância para o sucesso da PT, definidas em unanimidade pelos autores de referência.

As inferências delimitadas para cada dimensão foram passíveis de observação e registadas de acordo com o decorrer de cada uma da PT na grelha de observação estruturada. A observação teve como finalidade a descrição do processo de passagem de turno no SIMC-3HA.

Para a identificação da avaliação feita pelos sujeitos da amostra acerca da PT que efectuem e para a identificação das suas percepções sobre este processo foi utilizada uma entrevista semi-estruturada (Apêndice 3).

## 2) A entrevista semi-estruturada

Foi utilizada como complemento aos dados recolhidos, quer pela necessidade de compreensão do fenómeno na perspectiva dos participantes, quer pela necessidade de caracterização da população. A entrevista é o principal método de colheita de dados nas investigações qualitativas (Fortin M. F., 2009). Destaca-se esta opção porque as informações a recolher se reportavam a um tema específico e foi aplicada na tentativa de compreensão do significado de um fenómeno vivido pelos participantes (Fortin M. F., 2009).

Esta entrevista foi constituída por 3 grupos de questões:

- i) dedicado à caracterização demográfica da amostra;
- ii) constituído por um questionário de 10 questões fechadas, com escala do tipo *Likert*. Estas questões tinham como tema a determinação da força de eventuais limitações ou pontos fortes da passagem de turno observada. Das 10 questões 4 respeitavam à dimensão informação, 2 à dimensão responsabilidades e 4 à dimensão sistema;
- iii) constituído por um guião de 5 questões abertas. Destas 1 respeitava à dimensão informação, 1 à dimensão responsabilidades e 3 à dimensão sistema. Este sub-grupo procurou compreender a percepção dos enfermeiros face ao processo observado e face às possibilidades de melhoria identificadas. Também aqui a definição das questões teve como base o mesmo quadro de dimensões/situações para o delineamento do processo de recolha de dados.

## 6.4. Pré-teste

O pré-teste constitui uma tentativa para determinar, se o instrumento estaria enunciado de forma clara, livre das principais tendências e, além disso, se ele solicita o tipo de informação que se deseja (Pollit & Hungler, 2004).

O pré-teste decorreu no serviço de internamento médico-cirúrgico 3HR do Hospital da Luz, SA. Esta opção fundamenta-se no facto de ser um serviço com características assistenciais e organizacionais idênticas, mas composto por uma equipa de enfermeiros independente da população.

Da aplicação da grelha de observação, em 3 momentos, resultou a alteração de uma questão demográfica, mostrando-se de forma geral, adequado à finalidade e ao contexto (Apêndice 4).

Da aplicação do guião de entrevista a pré-teste, resultou a alteração da formulação semântica de uma questão, para que se tornasse mais adequada à percepção do entrevistado (Apêndice 5).

## 6.5. Procedimento de investigação

No desenvolvimento deste estudo procedemos de forma sistemática ao cumprimento das diferentes fases do processo de investigação. Assim, após a pesquisa bibliográfica, desenvolvemos o Quadro das Dimensões/Situações do estudo para o delineamento do processo de recolha de dados e elaboramos os instrumentos de recolha de dados já descritos.

Para a recolha de dados foi solicitada autorização à direcção clínica, na pessoa da Senhora Enfermeira Directora, assim como à Comissão de Ética do Hospital da Luz, SA (Apêndice 6). Após a obtenção da devida autorização (Anexo 1) procedemos ao pré-teste dos instrumentos.

Foi informada a Enfermeira Coordenadora do início do processo de observação das passagens de turno, bem como os enfermeiros presentes em cada uma das passagens de turno observadas.

Foram observadas 30 PT, de forma aleatória, no SIMC-3HA entre os dias 1 e 30 de Setembro de 2010.

Após a conclusão das observações procedemos à realização das entrevistas. Este passo foi dado tendo em conta o período temporal definido, mas também porque foi considerada a saturação dos dados recolhidos necessários para a descrição do processo.

A amostra considerada para as entrevistas incidiu sobre 20 enfermeiros, previamente participantes em pelo menos uma das PT observadas. Como critérios de inclusão, para além deste, foram entrevistados enfermeiros com mais de 6 meses experiência profissional no SIMC-3HA. Para tal, foi solicitado o consentimento escrito (Apêndice 7) de cada um dos enfermeiros participantes, sendo garantido o anonimato no registo e tratamento dos dados recolhidos. Esta amostra foi definida aleatoriamente.

As entrevistas foram realizadas entre os dias 1 e 15 de Outubro de 2010. Decorreram, no espaço físico do SIMC-3HA, em ambiente de resguardo e confidencialidade. A duração média das entrevistas foi de 25 minutos. O registo das respostas ao 3º grupo de questões abertas da entrevista, foi feito por gravação áudio.

## 6.6. Análise de dados

As observações efectuadas e as questões fechadas foram tratadas estatisticamente com recurso ao programa informático SPSS (*Statistical Package for the Social Science*) versão 17.0. Foi efectuada análise descritiva das frequências absolutas de todas as variáveis. Os dados foram organizados em quadros e em gráficos consoante as questões e consoante pensamos ser mais fácil a visualização.

As questões abertas foram tratadas através de análise de conteúdo. A análise de conteúdo tem como objectivos a superação da incerteza e o enriquecimento da leitura (Bardin, 2008). A finalidade da análise de conteúdo é efectuar inferências sobre as mensagens cujas características foram inventariadas e sistematizadas. (Vala, 2007).

Para a análise de conteúdo procedeu-se à transcrição integral das entrevistas para texto escrito (Apêndice 8). Da pré-análise decorreu a leitura dos documentos, tendo a sua inclusão sido feita de acordo com a regra da exaustividade. Foi incluído todo o material produzido para análise. A formulação de hipóteses e objectivos decorreu de forma exploratória (Bardin, 2008).

Para a codificação procedeu-se à identificação das unidades de registo por temas e respectivas unidades de contexto. A enumeração foi realizada por cálculo da frequência e co-ocorrência, por simultânea presença de várias unidades de registo numa unidade de contexto. A categorização foi realizada por acervo (Bardin, 2008).



## **7. Apresentação de resultados**

### **7.1. Caracterização do serviço de internamento médico-cirúrgico 3HA do Hospital da Luz, SA.**

O SIMC-3HA tem uma lotação de 56 camas, das quais 7 constituem a unidade especial de internamento I e II. As restantes encontram-se distribuídas por 13 quartos individuais, dos quais um é uma suite e dois são de isolamento permitindo estes manter um ambiente de pressão negativa relativamente ao resto do serviço, o que possibilita inclusive, o isolamento respiratório. As restantes 36 camas estão distribuídas por 18 quartos duplos.

A sua dimensão levou à divisão funcional em duas alas (A e B). A ala A, mais pequena, é constituída por 11 quartos individuais e 5 quartos duplos. Já a Ala B possui as restantes 26 camas distribuídas por 13 quartos duplos e pelos dois quartos individuais de isolamento.

No SIMC-3HA existem duas Unidades Especiais de Internamento, denominadas de I e II. Estas unidades estão preparadas para receber clientes do foro médico e cirúrgico, que necessitem de uma vigilância mais próxima, nomeadamente através de monitorização invasiva. Pode ainda receber clientes com necessidade de técnicas de substituição da função renal.

Com base nos dados registados durante o ano de 2010 foram efectivadas 3972 altas, o que representa uma média mensal de 331 doentes saídos. As especialidades mais presentes são a Cirurgia Geral com 1010 doentes saídos e a Ortopedia com 828. Estas duas especialidades juntas tiveram 1838 doentes o que representa 46,27 % da totalidade das altas.

#### **7.1.1. Caracterização da Equipa de Enfermagem**

A equipa de enfermeiros do SIMC-3HA é composta por 46 enfermeiros, o que representa um total de 31 horários completos de 40 horas semanais. Destes enfermeiros, uma é a Enfermeira Coordenadora e outra a Enfermeira Responsável, que praticam horário fixo

correspondendo ao turno da manhã dos dias úteis, estando os restantes elementos distribuídos por seis equipas que praticam horário rotativo por turnos.

No que diz respeito à característica idade, destaca-se a presença de 40 elementos (86,96 %) com uma idade igual ou inferior a 30 anos. Destes, 13 (32,50 %) têm idade igual ou inferior a 25 anos, perfazendo 28,26 % do total da equipa. Estes dados traduzem a juventude da equipa e encontram-se representados no gráfico seguinte. Relativamente ao sexo, podemos verificar que dos 46 enfermeiros, 33 são do sexo feminino e 13 são do sexo masculino (Gráfico 1).

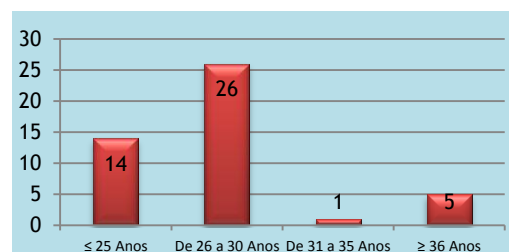


Gráfico 1 - Distribuição por escalão etário

Relativamente à experiência profissional, à data de 31 de Dezembro de 2010 e calculada com base na data de final de curso, destaca-se que 24 enfermeiros possuíam uma experiência profissional entre dois e os cinco anos. No seu conjunto, 32 enfermeiros (69,57 % do total da equipa) ainda não completaram os cinco anos sobre a conclusão dos seus estudos (Gráfico 2).

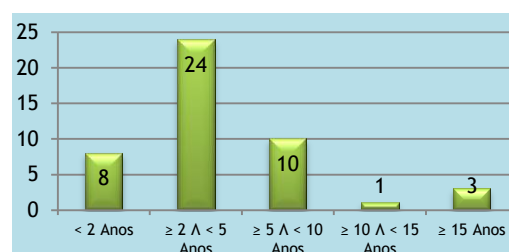


Gráfico 2 - Tempo de experiência Profissional

## 7.2. Caracterização do processo de passagem de turno no serviço 3HA

A passagem de turno decorre ao abrigo da designação organizacional de mudanças de turno entre os enfermeiros e de acordo com o desenvolvimento de funções inerente à profissão. Assim, no contexto em estudo, acontece em 3 momentos ao longo do dia e é definida no horário dos profissionais nos seguintes períodos: das 8h às 8h:30m, na mudança entre o turno da noite (ou turno de vela); entre as 15h:30m e as 16h na mudança entre o turno da manhã e o turno da tarde; e entre as 22h:30m e as 23h na passagem do turno da tarde para o turno da vela do dia seguinte.

## Resultados da observação naturalista

### 1. Dimensão Contexto

O primeiro campo da grelha de observação visava o contexto em que o processo decorria. Em relação a esta dimensão foi verificado:

- Todas as passagens de turno desenrolaram-se na sala de registos, espaço estabelecido pela organização (100%);

- De acordo com as observações realizadas 43,3% (N=30) das passagens são lideradas pelo enfermeiro chefe de equipa; 30,0% (N=30) pelo enfermeiro que substitui o chefe de equipa; 23,3% (N=30) pela Enfermeira Coordenadora; e apenas por uma vez foi observada uma passagem de

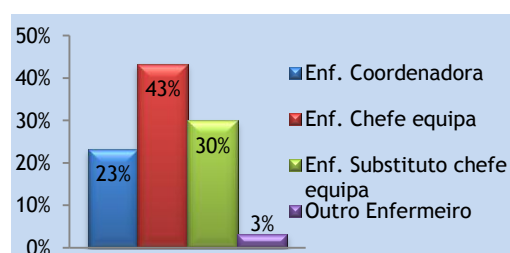


Gráfico 3 - Liderança da passagem de turno

turno liderada por um enfermeiro não designado, correspondente ao mais graduado, numa percentagem de 3,3% (N=30) (Gráfico 3);

- Do total de 30 passagens observadas, 14 (46,7%) decorreram na mudança do turno de noite para o turno da manhã; 12 (40,0%) no período de mudança da manhã para a tarde; e 4 (13,3%) no período de mudança da tarde para a noite. Em todas as passagens estavam presentes quer os elementos da equipa de saída, quer os elementos da equipa de entrada no turno seguinte (100%).

- O processo de passagem iniciou-se na hora previsto em 76,7% (N=30) das passagens (Gráfico 4). De acordo com o período do dia em que decorreram, no período de mudança entre o turno da noite e o turno da manhã, todas tiveram início na hora definida, 8h:00m (46,7%) (N=30);

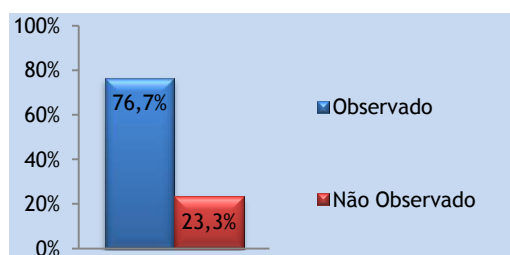


Gráfico 4 - Início da Passagem de turno na hora definida

Nas observações ocorridas no período de mudança entre o turno da manhã e o turno da tarde, o início variou entre as 15h:30m previsto (20,0%) (N=30) e as 15h:40m; no que respeita as observações referentes ao período de mudança entre o turno da tarde e o turno da noite, com início previsto às 22h:30m (10,0%) das 4 observações apenas um

dos momentos não se iniciou às 22h:30m previstas. 23,3% (N=30) das passagens não tiveram início na hora definida.

- Quanto à hora de fim, de acordo com as observações realizadas, é muito variável, e frequentemente foi além das horas de fim previstas (76,7%) (Gráfico 5).

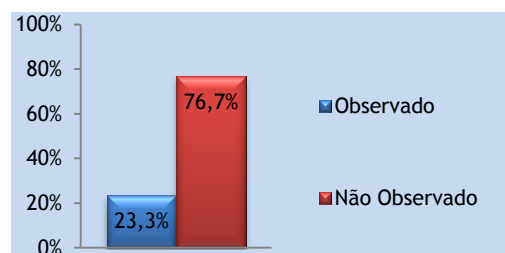


Gráfico 5 - Fim da Passagem de turno na hora definida

- No que se refere à duração das passagens de turno, variou entre os 00:23m e a 01h:05m; o tempo médio de duração da passagem de turno é de 00h:42m - Tabela 2.

Duração da PT				
	N	Mínimo	Máximo	Média
Duração	30	0:23:00.000	1:05:00.000	0:41:44.000
Valido N (listwise)	30			

Tabela 2 - Duração das Passagens de turno (h:min:seg)

## 2. Dimensão Informação

- No que se refere à transmissão da informação, em todas as observações esta ocorreu sobre a forma de comunicação verbal (100%).

- Apenas em 33,3% (N=30) das observações ocorreu a comunicação face a face entre o enfermeiro que transmitia as informações e responsabilidades e o enfermeiro seguinte (Gráfico 6). E apenas em 16,7% (N=30) das observações ocorreu a comunicação directa entre o enfermeiro de saída e o enfermeiro seguinte (Gráfico 7).

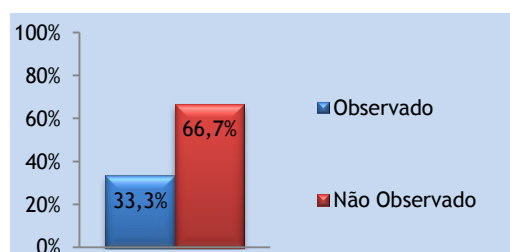


Gráfico 6 - Comunicação face a face

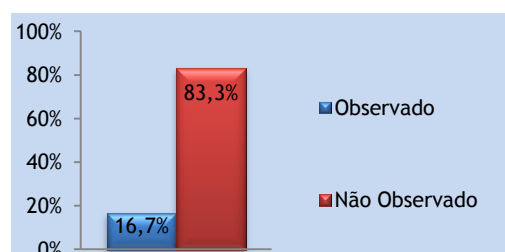


Gráfico 7 - Comunicação directa entre os enfermeiros de saída e entrada

- No que respeita à linguagem utilizada, quase sempre predominou a utilização de uma linguagem científica nas passagens de turno observadas, 96,7% (N=30) (Gráfico 8). No entanto permanece em paralelo a frequente recorrência a uma linguagem informal, 80,0% (N=30) (Gráfico 9).

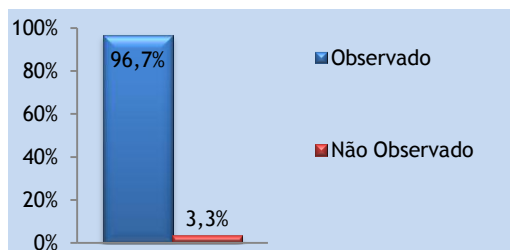


Gráfico 8 - Utilização de linguagem científica durante a PT

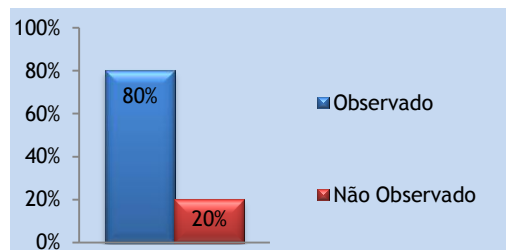


Gráfico 9 - Utilização de linguagem informal durante a PT

- No que se refere à estrutura das informações a transmitir, em 96,7% (N=30) das observações efectuadas os enfermeiros iniciam a transmissão das informações de uma forma padronizada, tendo por base a folha de passagem de turno previamente elaborada (Gráfico 10). Apesar desta orientação inicial, atendendo à especificidade de cada doente transmitido e ao volume de informações a transmitir, assistimos a uma desestruturação da informação subsequente à descrita na folha de passagem de turno. Isto é, em 80% das passagens observamos a transmissão de informações desorganizadas, atendendo à organização cefalocaudal preconizada, a repetição de informações, e a referência a informações omitidas, ou esquecidas (Gráfico 11).

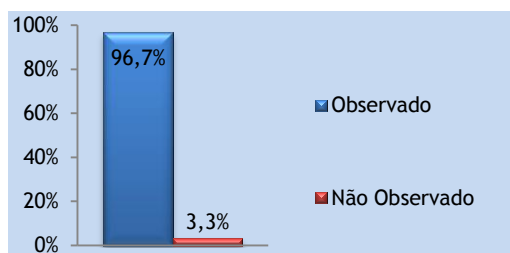


Gráfico 10 - Estrutura das informações durante a PT

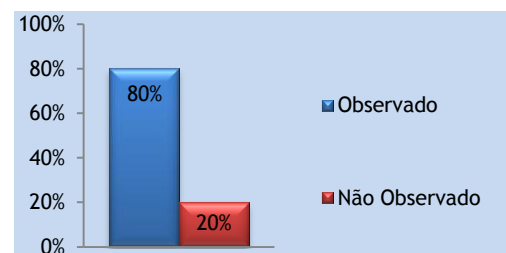


Gráfico 11 - Falta de estrutura das informações durante a PT

No sentido destas observações, detectamos informações que ficaram pendentes da sua validação (66,7%) (N=30) (Gráfico 12); informações omitidas (66,7%) (N=30) (Gráfico 13); e também informações erradas (16,7%) (N=30) (Gráfico 14), em menor expressão.

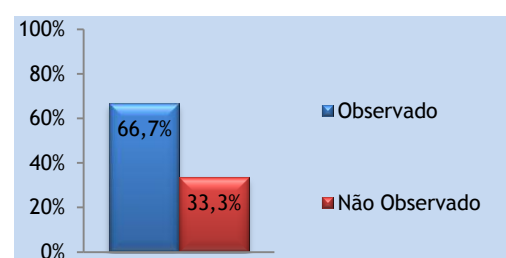


Gráfico 12 - Informações pendentes de validação durante a PT

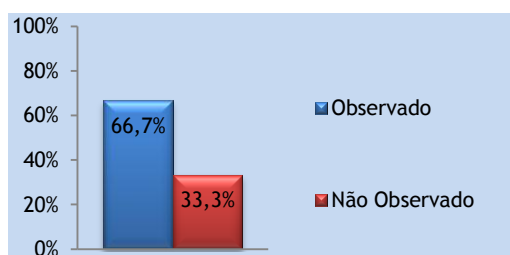


Gráfico 13 - Informações omitidas durante a PT

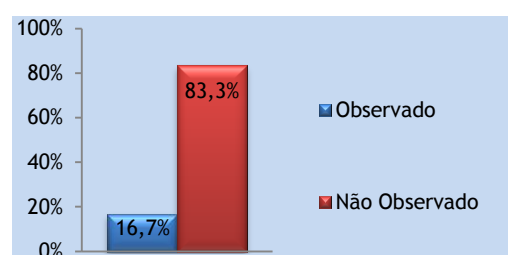


Gráfico 14 - Informações erradas durante a PT

No que se refere aos mecanismos de confirmação da informação transmitida/recebida, observamos a confirmação da informação transmitida pelo emissor (*readback*) em 73,3% (N=30) das passagens (Gráfico 15). Bem como Os receptores solicitaram esclarecimentos sobre as informações passadas em 80,0% (N=30) das observações - (Gráfico 16).

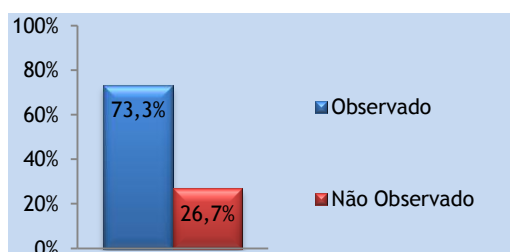


Gráfico 15 - Readback durante a PT

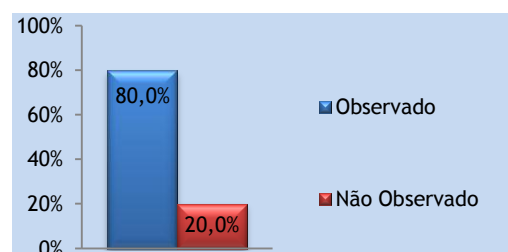


Gráfico 16 - Solicitação de esclarecimentos durante a PT

- Ainda no contexto da informação, a referência da situação actual do doente é frequente (93,3%) (N=30); O enquadramento do estado clínico ocorre de forma menos frequente (70,0%) (N=30); e ainda menos relevado pelos enfermeiros é a descrição da evolução do quadro clínico, tendo sido observada apenas em 16 passagens (53,3%) (N=30).

- Quanto á natureza das informações transmitidas, a transmissão de alertas prementes ocorreu em 60,0% das observações (Gráfico 17); em paralelo observamos a mesma frequência de transmissão de riscos do doente em 60,0% (Gráfico 18).

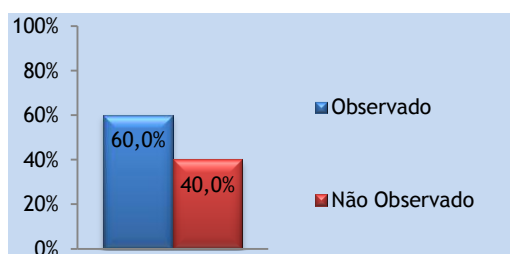


Gráfico 17 - Transmissão de alertas prementes durante a PT

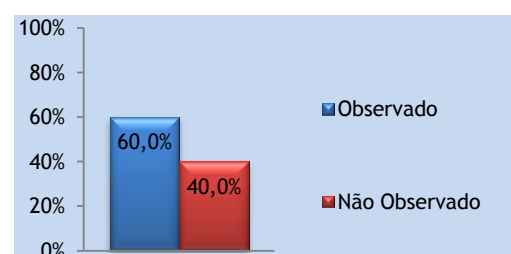


Gráfico 18 - Transmissão de riscos do doente durante a PT

Os alertas farmacológicos são menos frequentes, ocorreram em 53,3% (N=30) das passagens observadas (Gráfico 19); já a transmissão de recomendações não são frequentes e foram observadas apenas em 46,7% (N=30) das passagens (Gráfico 20).

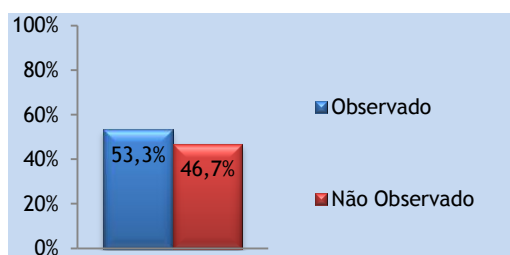


Gráfico 19 - Transmissão de alertas farmacológicos durante a PT

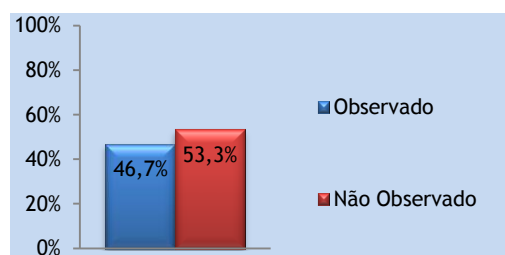


Gráfico 20 - Transmissão de recomendações durante a PT

### 3. Dimensão Sistema/Processo

No que respeita ao desenvolvimento do processo de passagem de turno, podemos observar que a preparação ocorreu em 66,7% (N=30) das observações (Gráfico 21).

Conforme observado, a passagem depende dos enfermeiros seguintes presentes, no entanto nem sempre ocorre a sua totalidade no início da passagem. Em 23,3% (N=30) não estavam presentes os elementos seguintes (Gráfico 22). Além disto, em 33,3% (N=30) das passagens, estes enfermeiros seguintes não estavam sentados durante o processo de passagem (Gráfico 23).

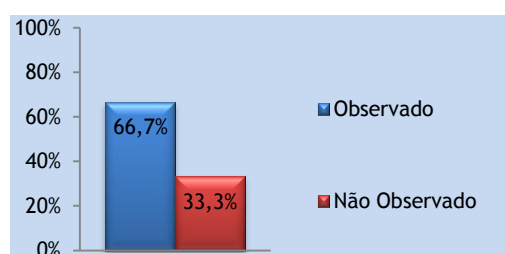


Gráfico 21 - Preparação da PT

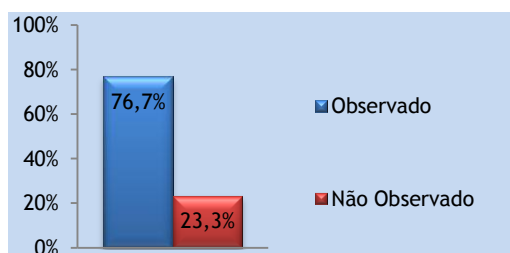


Gráfico 22 - Totalidade dos enfermeiros seguintes presentes no início da PT

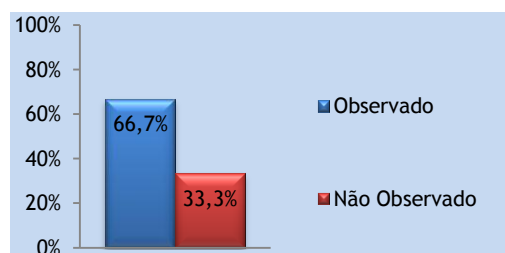


Gráfico 23 - Totalidade dos enfermeiros seguintes sentados durante a PT

- No desenvolvimento da passagem de turno é preconizada a responsabilização prévia dos enfermeiros seguintes, facto que implica uma prévia distribuição dos doentes pelos enfermeiros seguintes. Apenas em 16,7% (N=30) das passagens foi realizada uma distribuição prévia ao início da passagem de informações.

- A folha de passagem de turno, instrumento de suporte a passagem de turno no serviço em estudo, estava disponível e actualizada em 73,3% das passagens (Gráfico 24).

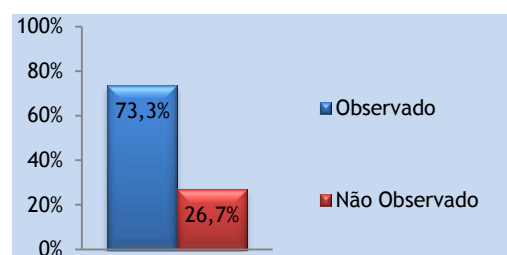


Gráfico 24 - Folha de PT disponível no início de cada PT

- O suporte escrito é utilizado quer na transmissão, quer na recepção de informações em todas as PT (100%; N=30).

- Em 70,0% (N=30) das PT observadas estava presente um enfermeiro de saída preparado para proceder à passagem.

- Quanto às interferências no processo, as interrupções são as mais frequentes. Assim, observamos que as interrupções por solicitação do doente ocorreram em 63,3% (N=30) das passagens (Gráfico 25). As interrupções por solicitação dos familiares ocorreram em 40% (N=30) das passagens observadas, sendo menos frequentes (Gráfico 26).

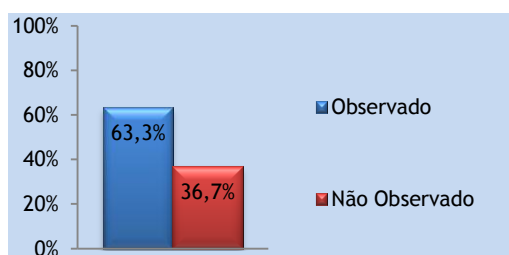


Gráfico 25 - Interferências na PT - Interrupções pelo doente

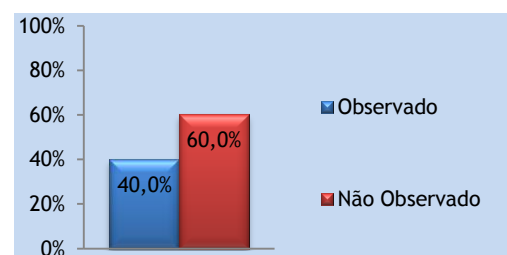


Gráfico 26 - Interferências na PT - Interrupções pelos familiares

- Por sua vez, as interrupções por outros membros da equipa de saúde ocorreram em 70% (N = 30) das passagens (Gráfico 27).

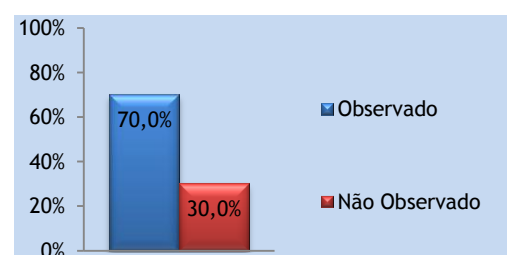


Gráfico 27 - Interferências na PT - Interrupções por outros membros da equipa

- Uma possível relação reside no facto de em apenas 36,7% (N=30) das observações estar presente um enfermeiro (da equipa de saída) fora da passagem de turno - (Gráfico 28).

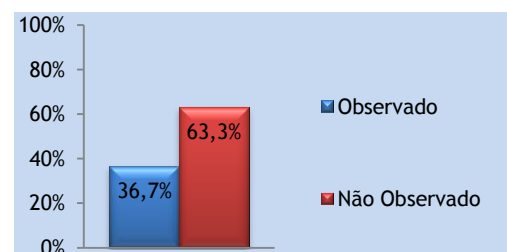


Gráfico 28 - Presença de Enfermeiro fora da PT



São ainda frequentes as interrupções da transmissão de informações para discussão das mesmas, tendo ocorrido em 70% (N=30) das passagens (Gráfico 29); e ainda as interrupções por outros motivos, tais como, o telefone da sala, os telefones pessoais ou indisposições pessoais, numa frequência de 53,3% (N=30) (Gráfico 30).

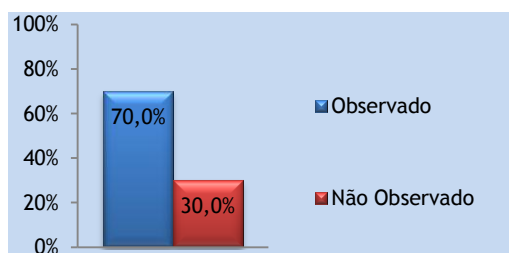


Gráfico 29 - Interrupções da PT - Discussão

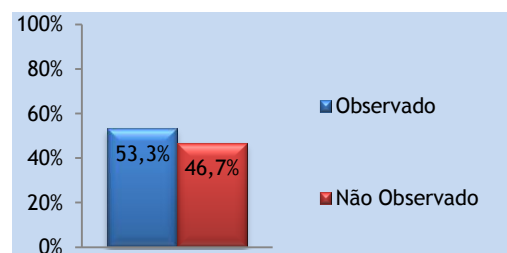


Gráfico 30 - Interrupções da PT - Outros motivos

Ainda como suporte ao processo de transmissão esteve sempre acessível (100%) (N=30) o Sistema de Informação utilizado, tendo sido utilizado como complemento à transmissão em 63,3% (N=30) das passagens (Gráfico 31).

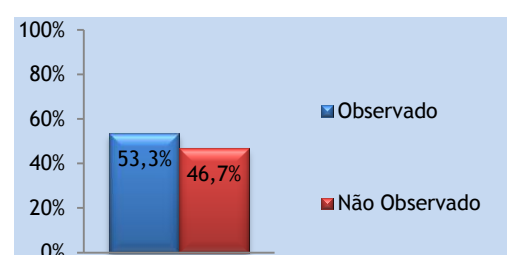


Gráfico 31 - Recurso ao Sistema de Informação durante a PT

- Quanto a outras funções da passagem de turno, observamos a interacção entre os enfermeiros em todas as passagens (100%) (N=30); Em 40% ocorreram momentos de socialização entre a equipa; a integração de novos elementos foi observada apenas por uma vez (3,3%) (N=30); e, em nenhuma das passagens ocorreu qualquer momento de formação (0%) (N=30).

#### 4. Dimensão Segurança/Responsabilidades

- No que respeita às actividades que visam a promoção da segurança nas transferências de responsabilidades observamos a avaliação da familiaridade com o doente que o enfermeiro de saída avalia junto dos enfermeiros seguintes, ocorrendo esta prospecção em 60,0% das passagens (Gráfico 32).

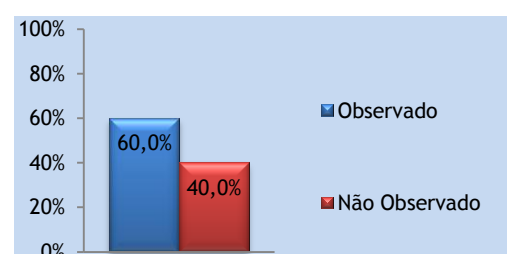


Gráfico 32 - Avaliação da familiaridade com o doente

- Em contraponto, apenas em 16,7% (N=30) dos momentos de transmissão ocorre responsabilização do enfermeiro seguinte por intervenções específicas (Gráfico 33). No mesmo sentido podemos observar que a responsabilização por situações pendentes ocorre apenas em 26,7% (N=30) das passagens (Gráfico 34).

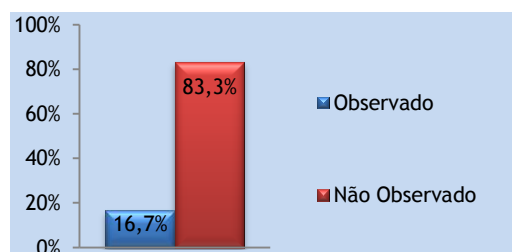


Gráfico 33 - Responsabilização do enfermeiro seguinte durante PT

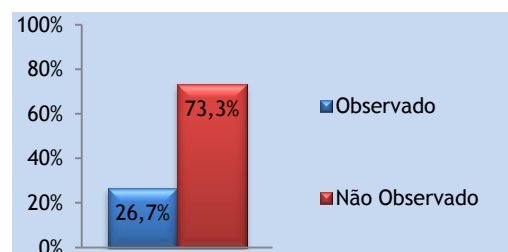


Gráfico 34 - Responsabilização por situações pendentes durante a PT

- Ocorrendo mais frequentemente, em 73,3% (N=30) das PT, a falta de uma transmissão pessoal destas situações pendentes, o que conduz naturalmente a uma diluição das responsabilidades.

- No sentido da aceitação de responsabilidades sobre os doentes, os enfermeiros raramente manifestam durante as passagens de turno a falta de competências, tendo ocorrido em apenas 26,7% (N=30) das passagens (Gráfico 35). Já na partilha de dificuldades, ocorreu com mais frequência, em 46,7% (N=30) das PT (Gráfico 36).

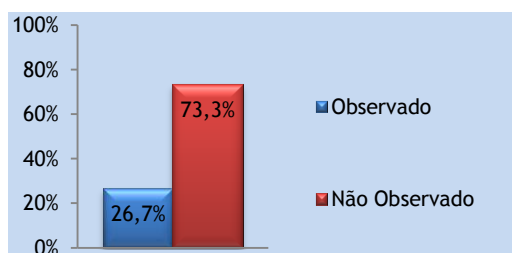


Gráfico 35 - Demonstração de falta de competências durante a PT

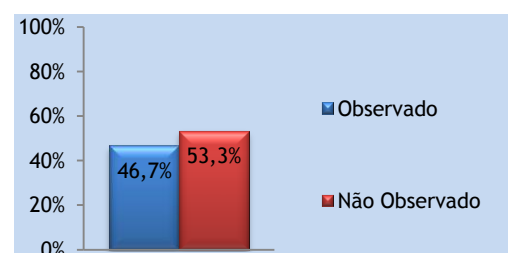


Gráfico 36 - Partilha de dificuldades durante a PT

- São ainda frequentes durante a passagem de turno os momentos de discussão do quadro clínico dos doentes, sendo que em 80% (N=30) das PT ocorreram momentos de discussão e reflexão sobre o quadro clínico do doente (Gráfico 37). Já no que se refere à discussão sobre os planos de cuidados do doente, esta ocorreu em 50% (N=30) das PT (Gráfico 38).

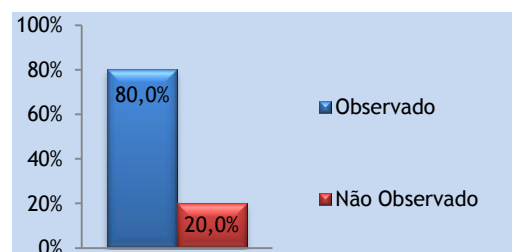


Gráfico 37 - Discussão do quadro clínico durante a PT

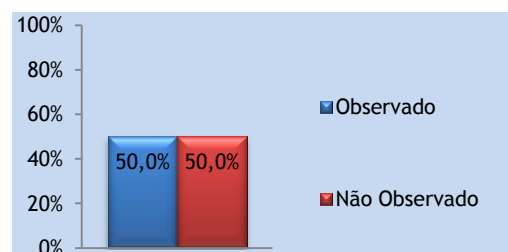


Gráfico 38 - Discussão do plano de cuidados durante a PT

- Em nenhuma das passagens ocorreu o envolvimento do doente na transmissão de informação e responsabilidades entre os enfermeiros (N=30) (Gráfico 39).



Gráfico 39 - Envolvimento do doente na PT

### 7.3. A percepção dos Enfermeiros sobre a PT no SIM-3HA

- Caracterização demográfica da sub-amostra**

A segunda fase da amostra foi constituída por 20 enfermeiros cujas idades variam entre os 23 e os 29 anos. A idade média é de 26.05 anos - tabela 3.

Idade da amostra				
	N	Mínimo	Máximo	Média
Duração	20	23	29	26,05
Valido N (listwise)	20			

Tabela 3 - Caracterização da idade da amostra (anos)

- Do total da amostra, 14 dos enfermeiros são do sexo feminino (70%) (N=20) - (Gráfico 40).

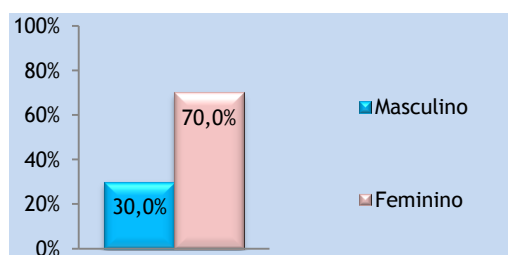


Gráfico 40 - Distribuição da amostra por género

- Todos os enfermeiros são licenciados em Enfermagem, e nenhum possui formação pós graduada ou específica na área da segurança do doente.

- O tempo de profissão varia entre 0.8 (10 meses) e 7 anos de profissão, sendo a média do tempo de exercício de 3.86 anos (3 anos e 10 meses).

- No que se refere ao tempo de experiência no serviço varia entre os 0.75 (9 meses) e os 4 anos, sendo a média de 2.78 anos (2 anos e 9 meses).

- Quanto á experiência profissional por especialidades, todos os enfermeiros possuem experiência em especialidades cirúrgicas e médicas. Apenas 10% (N=20) possui

experiência de bloco operatório; 5% (N=20) com experiência de unidade de cuidados intensivos; 10% (N=20) com experiência em serviço de urgência; 5% (N=20) com experiência em serviços de saúde infantil e pediátrica; 5% (N=20) com experiência de saúde materna e obstétrica; e nenhum enfermeiro possui experiência nas áreas de saúde comunitária e saúde mental e psiquiátrica.

- **Questionário estruturado**

- **Dimensão informação**

Na análise da percepção dos enfermeiros quanto à passagem de turno praticada no serviço de internamento médico-cirúrgico 3HA do Hospital da Luz podemos concluir que as opiniões divergem.

- Na análise à possibilidade de acesso a todas as informações que consideram necessárias para a prestação de cuidados, a opinião de 5% (N=20) dos enfermeiros entrevistados é a de que esta está muito inacessível na passagem de turno; e 40% (N=20) classificam-na como inacessível.

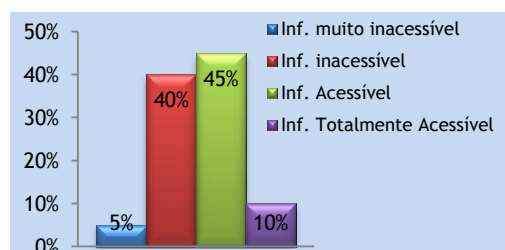


Gráfico 41 - Acessibilidade da Informação durante a PT

Em contraponto 45% (N=20) dos entrevistados considera essa informação acessível na passagem de turno; e 10% (N=20) considera-a totalmente acessível (Gráfico 41).

- Na análise á questão sobre a relevância global das informações transmitidas a opinião de 5% (N=20) dos entrevistados é a de que esta é totalmente irrelevante; e a de 65% (N=20), de que esta informação é irrelevante. A informação transmitida é considerada relevante por 25% (N=20) dos enfermeiros; e 5% (N=20) consideram a informação totalmente relevante na sua globalidade (Gráfico 42).

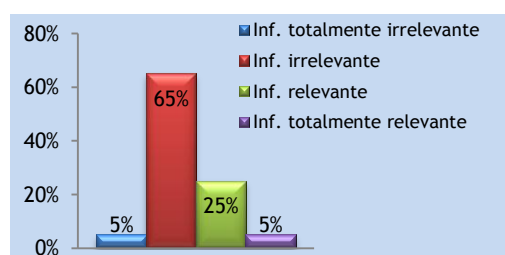


Gráfico 42 - Relevância das informações transmitidas durante a PT

- No que concerne á organização das informações transmitidas a análise às respostas dos entrevistados definiu que 10% (N=20) dos enfermeiros considera essa organização totalmente divergente; e 80% (N=20) classificam a organização das informações como divergente. 10% (N=20) dos enfermeiros considera a organização convergente, e ninguém considera essa organização totalmente convergente (Gráfico 43).

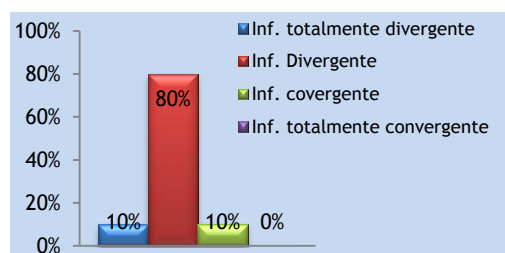


Gráfico 43 - Organização das informações durante a PT

#### ○ Dimensão Responsabilidades

- Quanto à relevância da experiência profissional de quem recebe/transmite dados na qualidade da informação nenhum dos entrevistados considerou este factor totalmente irrelevante; embora 30% (N=20) a considere irrelevante. No entanto 60% (N=20) dos enfermeiros consideram relevante a experiencia profissional na transmissão de responsabilidades; e 10% (N=20) considera-a mesmo totalmente relevante (Gráfico 44).

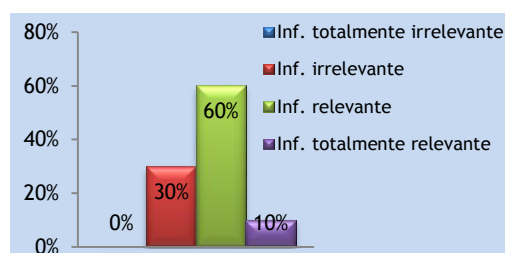


Gráfico 44 - Relevância da experiência profissional na PT

- Quando questionados sobre o seu grau de confiança na informação recebida na passagem de turno 5% (N=20) consideraram desconfiar totalmente, e 65% (N=20) classificaram-se como desconfiados. Apenas 30% (N=20) depositam confiança nas informações recebidas e nenhum dos inquiridos deposita confiança total (Gráfico 45).

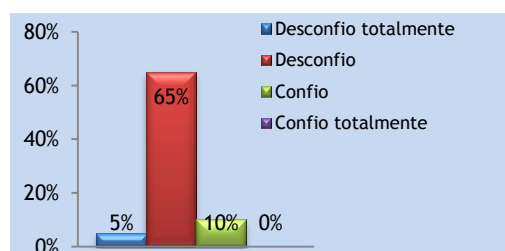


Gráfico 45 - Confiança na informação transmitida durante a PT

#### ○ Dimensão Sistema

- Também na análise da percepção dos enfermeiros quanto à passagem de turno

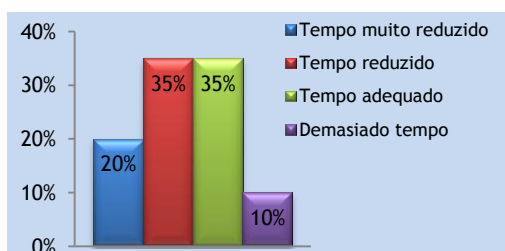


Gráfico 46 - Percepção dos enfermeiros quanto ao tempo disponibilizado para a PT

praticada no serviço de internamento medico-cirúrgico 3HA do Hospital da Luz podemos concluir que no que respeita ao tempo disponível para as passagens de turno, as opiniões divergem. Assim, 20% (N=20) considera que o tempo disponibilizado para a passagem de turno é muito reduzido; 35% (N=20) considera como reduzido este tempo; a mesma percentagem, 35% (N=20) considera o tempo adequado; enquanto 10% (N=20), classifica como demasiado o tempo disponibilizado para a passagem de turno (Gráfico 46).

- No que respeita à duração média das passagens de turno, a percepção de 40% (N=20) enfermeiros é de que este tempo é reduzido; 55% (N=20) considerou que dura bastante tempo; enquanto 5% (N=20) considera a duração média como demasiado tempo. Nenhum (N=20) dos entrevistados considerou a duração média muito reduzida (Gráfico 47).

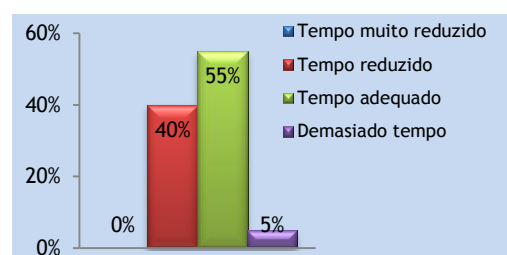


Gráfico 47 - Percepção dos enfermeiros quanto à duração média da PT

- Quanto ao espaço em que se realizam as suas passagens de turno, a percepção de 30% (N=20) dos enfermeiros é a de que este é muito inadequado; e de 50% (N=20), é a de que este espaço é inadequado; ninguém considerou o espaço adequado; mas 20% (N=20) classificaram-no como totalmente adequado (Gráfico 48).

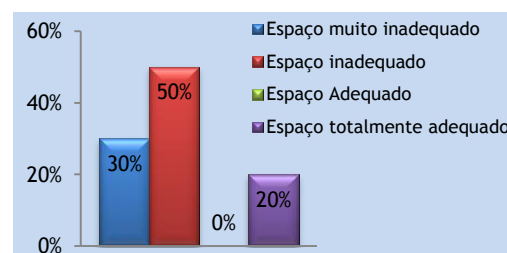


Gráfico 48 - Percepção dos Enfermeiros quanto ao espaço da PT

- Outra questão respeitava ao grau de satisfação em relação à PT. Neste aspecto 5% (N=20) consideraram-se totalmente insatisfeitos, enquanto 60% (N=20) dos enfermeiros manifestaram-se insatisfeitos. Em oposição, 30% (N=20) afirmaram-se satisfeitos e 5% (N=20) mesmo totalmente satisfeitos com as passagens de realizadas no serviço 3HA (Gráfico 49).

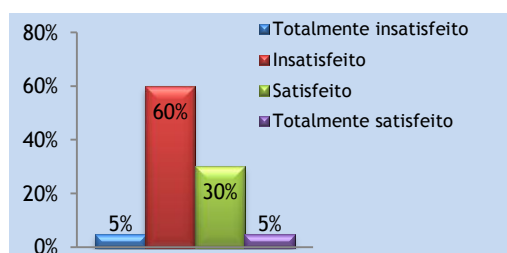


Gráfico 49 - Satisfação dos enfermeiros com a PT

A última questão fechada compreendia a avaliação do grau de qualidade das passagens de turno que estes enfermeiros integram. A análise às respostas permitiu concluir que para 5% (N=20) dos inquiridos o modelo em prática de passagem de turno não satisfaz, e 80% (N=20) consideram-se pouco satisfeitos neste aspecto. Além destes 15% (N=20)

consideraram como boa a qualidade as passagens de turno satisfeitos. E, ninguém considera como muito boa - (Gráfico 50).

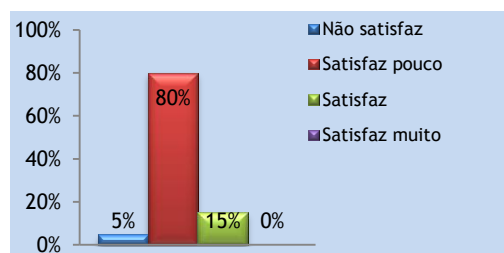


Gráfico 50 - Satisfação com a qualidade da PT

- Entrevista semi-estruturada**

Resultados da análise de conteúdo das questões abertas colocadas com a finalidade de conhecer a percepção dos Enfermeiros da passagem de turno que realizam.

**Questão 1** - Pode descrever, da forma mais sequencial possível, como é que se processam essas passagens de turno?

A análise de contexto permitiu organizar os diferentes elementos e etapas, de forma sequencial, identificados pelos enfermeiros entrevistados do SIMC3HA no desenvolvimento da PT.

**Questão 1 - A descrição do processo de PT**

Unidades de contexto	Unidades de Registo	Unidades de enumeração
Preparação da PT	A equipa que está de saída, geralmente organiza a folha de passagem de turno	E9
	folha de passagem de turno já concebida pelo turno anterior	E19
	a nossa folha de passagem de turno que é sempre actualizada antes de qualquer passagem	E20
		3
	o chefe de equipa que prepara a folha da passagem de turno.	E4
	chefe de equipa, então, prepara essa folha, sempre no turno anterior	E4
		2
	em cada início de turno, pelo chefe de equipa é revisto no horário os elementos que estão a exercer funções nesse turno	E11
	a passagem de turno inicia-se com a divisão dos colegas,	E12
	A passagem de turno inicia-se por uma distribuição dos enfermeiros feita pelo chefe de equipa.	E19
		3
		8

Equipa de entrada	o elemento que está a passar os seus doentes	E13	1
	e a equipa que esta a entrar	E1	
	temos a equipa que esta a receber o turno	E2	
	todos os elementos que vão fazer turno nessa ala	E3	
	depois os enfermeiros que estão de entrada de turno	E5	
	os enfermeiros da equipa que irão trabalhar,	E6	
	a equipa que entra	E7	
	todos os elementos que vão dar seguimento ao turno	E8	
	a equipa que está de entrada.	E9	
	para a equipa que está de entrada	E11	
	uma equipa de entrada,	E14	
	também pelos elementos que vão receber.	E15	
	há elementos que estão de entrada, a equipa que vai iniciar o turno	E17	
	inicia se sempre por uma equipa	E18	
	a que está a entrar.	E20	14
			15
Equipa de saída	seja a equipa que esta a sair	E1	
	normalmente temos a equipa que esteve a fazer o turno anterior	E2	
	Temos os enfermeiros que fizeram o turno anterior e	E5	
	os que trabalharam na noite.	E6	
	e a equipa que sai	E7	
	exemplo no caso da manha para a tarde está presente a equipa que realizou manha	E8	
	a equipa que está de saída de turno	E9	
	Inicia-se então a passagem de turno entre a equipa que está de saída	E11	
	os colegas do turno anterior	E12	
	todos os que fazem tarde	E13	
	uma equipa de saída	E14	
	elementos que fizeram o turno anterior	E15	
	Todos os elementos da equipa que está de saída	E16	
	e os elementos que estão de saída	E17	
	e outra que transmite as informações do turno anterior.	E18	
	há uma equipa que está de saída,	E20	16
			16
Sala de Passagem de turno	a um gabinete de enfermagem	E3	
	num gabinete	E7	
	num gabinete, um gabinete fechado	E7	
	dentro de uma sala, a porta é fechada	E8	
	reúnem todos numa sala	E14	
	num espaço fechado	E16	
	É passado numa sala destinada a esse efeito	E17	
	É feita numa sala adequada dentro do serviço	E18	
	na sala de passagem de turno, uma sala própria.	E20	9
			9
Sequência	Normalmente segue-se a ordem dos quartos	E2	
	Iniciam-se sempre por (...por) indicar qual o quarto onde esta o doente	E3	
	é começado a passar sequencialmente pelos, pelos doentes, pelo numero de cama.	E9	7



	A ordem, habitualmente, é por ordem de camas,	E10	7
	sequencial dos doentes,	E12	
	Normalmente é por ordem dos quartos	E13	
	de forma sequencial, do início dos quartos para o final, do primeiro ao ultimo doente,	E16	
Transmissão de informação	no fundo ocorre a transmissão de informação	E1	6
	Depois na passagem de turno então recebemos os doentes, prontos,	E4	
	cada um depois faz o seu processo de transmissão e que passa as informações	E6	
	transmitem a informação	E11	
	e outra que transmite as informações	E12	
		E18	
	escrevem aquilo que é mais importante	E6	1
	depois é feita verbalmente	E7	1
			8
Folha de PT	temos a folha de passagem de turno	E1	13
	Utilizamos uma folha de passagem de turno	E5	
	Existem as folhas de passagem de turno	E6	
	Temos uma folha de passagem de turno	E7	
	são registadas através de uma folha de ocorrências	E8	
	Temos normalmente uma folha que tem escrito é a folha de passagem	E13	
	uma folha onde contem a identificação dos doentes e de orientação de cada doente para a passagem de turno	E14	
	Os instrumentos utilizados são a folha de papel,	E15	
	Temos acesso à folha de passagem de turno	E16	
	Temos sempre como apoio uma folha de papel	E17	
	posso dizer que é uma folha de passagem de turno já concebida	E18	
	a nossa folha de passagem de turno que é sempre actualizada	E19	
		E20	
Sistema de Informação	o nosso sistema informático, o soarian	E1	7
	- temos também o programa soarian	E5	
	o soarian que é o nosso programa informático	E11	
	temos também o computador	E13	
	pode ser também utilizado o computador,	E16	
	também utilizamos o sistema informático	E17	
	sempre que necessário recorremos ao suporte informático	E20	
			7
Chefe de equipa	temos o enfermeiro responsável de turno, que é o chefe de equipa,	E5	1
	um chefe de equipa ou um enfermeiro... ou um segundo elemento	E6	
	Quem lidera é o chefe de equipa	E11	
	liderado pelo chefe de equipa,	E12	
	um chefe de equipa que lidera essa passagem de ocorrências	E14	
	estará um elemento chefe de equipa	E15	
	Quem lidera a passagem de turno é então o chefe de equipa	E16	
	e há sempre um chefe de equipa em cada ala	E17	
	Está presente sempre um chefe de equipa que lidera	E18	1



## Questão 2 - A informação transmitida na PT

Unidades de contexto	Unidades de Registo		Unidades de enumeração
História pessoal	o que se passou com o doente	E1	8
	os principais antecedentes	E3	
	os antecedentes	E8	
	os antecedentes são sempre importantes	E10	
	também os antecedentes do doente	E15	
	os antecedentes pessoais	E16	
	antecedentes que sejam relevantes	E17	
	antecedentes	E19	
			8
Descrição do período de internamento	o que é que foi feito ao doente	E1	9
	saber a evolução ao longo do turno	E4	
	do diagnóstico	E8	
	visão global do estado do cliente	E8	
	a evolução da situação clínica do doente	E9	
	aquilo que aconteceu durante o turno	E10	
	ao que se passou no turno	E11	
	contextualizar um pouco o internamento	E11	
	os cuidados que foram prestados ao longo do turno	E15	
			9
Descrição da situação actual	essencialmente como está o doente	E1	8
	a situação clínica do doente	E2	
	será mesmo o estado em que o doente se encontra	E3	
	como é que o doente está	E3	
	saber como é que ele está	E4	
	o seu estado clínico no momento	E8	
	acima de tudo o diagnóstico	E15	
	a situação clínica	E16	
	tudo o que faz respeito acerca do doente	E14	1
			9
Estrutura da informação	a nível sistémico	E3	1
	o doente do mais geral para o mais específico	E10	1
	aquilo que se encontra alterado	E13	1
	a folha de passagem de ocorrências que ajuda a orientar mesmo na passagem de ocorrências e haver uma sequência	E14	1
	a informação que é transmitida não segue bem um padrão	E3	15
	toda ela deve ser dita da mesma maneira	E6	
	tem que ser estruturada	E7	
	desestruturada, e...e... não permite que a informação seja passada de forma sequencial que tenha alguma estrutura	E7	
			15

	uma sequência que seja transversal a todos os doentes	E9	21
	Devia obedecer a uma ordem	E10	
	de uma forma mais sistemática para as pessoas não fugirem	E13	
	deve ser em relação a um esquema	E13	
	penso que deve ter uma ordem	E15	
	Deve ser padronizada	E16	
	ter uma sequência lógica na passagem dos doentes	E16	
	haver uma padronização	E17	
	passarmos sempre da mesma forma tendo uma sequência lógica	E17	
	passagem de turno seja estruturada	E20	
	deve ser adequada a cada doente	E9	
	a informação deve ser adequada ao paciente	E11	
Avaliação do plano de cuidados/ intervenções de enfermagem	quais foram os resultados obtidos com as nossas intervenções durante o turno	E1	1
			1
Planificação	aquelas coisas que ainda tem que se fazer no turno, no turno a seguir	E1	6
	os cuidados que são necessários prestar	E2	
	alguma intervenção de enfermagem pendente	E8	
	situações que tenham ficado pendentes	E9	
	a ideia do que é mais importante na continuidade dos cuidados	E12	
	no próximo turno tenha isso em atenção.	E15	
Alertas	os aspectos a ter em atenção perante esse doente	E2	3
	situações específicas	E13	
	aquilo que tem mais alerta ou que riscos	E15	
Características esperadas da transmissão verbal	Explicar precisamente o que é que é	E5	3
	precisa	E11	
	preciso	E12	
	clara	E7	3
	claro	E11	
	clara,	E16	
	conciso	E11	3

Percepção da transmissão de informação verbal	conciso	E12	
	concisa	E20	
	coerente	E6	2
	coerente	E11	
	logica	E6	1
	sucinta	E6	1
	objectiva	E7	1
	simples	E16	1
	com poucas palavras	E16	1
	16		
	eu penso que é uma coisa e afinal é outra	E5	3
	A clareza, apesar de todos supostamente usarmos uma linguagem comum nem sempre é feita entre nós da melhor maneira	E17	
	às vezes não é muito fácil perceber tudo o que essa pessoa diz	E5	
	fala depressa	E5	1
	cada um faz de uma forma diferente	E13	2
	Depende também de cada enfermeiro que passa	E17	
	a informação é dispersa	E5	3
	perde-se um bocado, às vezes, a informação	E10	
	a informação verbal às vezes há alguma que se perde	E14	
	informações que são completamente irrelevantes	E7	3
	informação que é dada às vezes passa da revelante	E18	
	fica tudo muito baralhado	E13	
	e perde-se mais tempo a passar a informação.	E10	2
	de forma a não perder muito tempo	E11	
	que a informação passada nunca é excessiva	E14	1
	15		

Tabela 5 - Distribuição das unidades de contexto, de registo e de enumeração, das respostas dos enfermeiros relacionadas com a informação transmitida durante a PT

**Questão 3** - Para si, as funções da passagem de turno cingem-se à transmissão de informação ou reconhece outras? Quais?

A análise das entrevistas recolhidas permitiu determinar as seguintes funções, percebidas pelos enfermeiros entrevistados do SIMC-3HA, no desenvolvimento da PT.

## Questão 3 - As funções da PT

Unidades de contexto	Unidades de Registo	Unidades de enumeração
Transmissão de informação	transmissão de informação	E1
	à transmissão de informação	E2
	informação que será transmitida	E9
	passagem de informação	E14
	transmissão de informação	E17
		5
		5
Transmissão de responsabilidades	transmissão de responsabilidades	E7
	como uma passagem	E9
	quase que a passagem do testemunho	E14
	há responsabilidade que se transfere de equipa para equipa	E17
	assim somos chamados à nossa responsabilidade	E17
	sinto que há responsabilidade que se transfere	E18
	passagem de responsabilidade	E19
		7
		7
Partilha de experiência	partilha de experiencias com a equipa	E1
	que é a partilha de experiências	E4
	partilha de experiencias	E7
	partilha de experiencias	E8
	partilha de experiencias	E11
	partilha de experiencias,	E15
	partilha de experiencias	E20
		6
		6
Formação	digamos transmissão de conhecimentos	E2
	bom momento de aprendizagem para todos	E4
	aprendizagem	E8
	momento excelente na enfermagem de formação	E14
		4
		4
Trabalho de equipa	favorecendo também o trabalho de equipa	E1
		1
		1
Esclarecimento de dúvidas	os colegas mais velhos que acabam por explicar	E2
	tirar dúvidas, muitas vezes, que há colegas que são mais inexperientes	E3
	o esclarecimento de determinadas dúvidas	E7
	esclarecimento de dúvidas relativamente a alguns procedimentos	E8
	Esclarecer dúvidas dos colegas	E20
		5
		5

Socialização	relação dos intervenientes	E1	2
	o exorcizar de determinados temores	E7	
			2
Reflexão	momentos de reflexão e de crítica construtiva	E1	6
	discussão de algum tratamento	E4	
	é sempre importante rever procedimentos	E4	
	também serve para discutirmos quais foram as dificuldades	E10	
	discutir o que é que pode ser feito	E10	
	discussão de algumas questões problemáticas	E19	
	plano de cuidados a implementar para cada doente.	E16	3
	adequar o plano de cuidados que a pessoa possa ter	E17	
	a discussão dos planos de cuidados do doente	E19	
			9
Continuidade	também a continuidade dos cuidados de enfermagem.	E1	5
	para uma continuidade de cuidados	E4	
	ver como uma continuidade	E9	
	continuidade de cuidados	E10	
	prestação dos cuidados continuados	E12	
Personalização	algum desejo relativamente ao doente em	E3	4
	Permite-nos ver o doente como um todo	E10	
	problemas pendentes quer dos doentes	E13	
	resolver problemas ou situações	E20	
Gestão	alguma coisa que no quarto do doente que não funciona bem, que nos devemos alertar (...) ou a manutenção ou mesmo a chefia	E3	7
	quer da própria estrutura física	E13	
	organizar no seu trabalho	E4	
	de forma a aumentar a qualidade dos cuidados	E11	
	alertas que sejam necessários no serviço em geral, para o bom funcionamento do serviço	E16	
	resolução de alguns problemas do doente e do seu internamento	E19	
	perceber o que é necessário fazer, para além dos cuidados ao cliente	E20	
			7
Alertas	Situações que nós naquele turno, durante aquela parte do dia teremos que ter mais em atenção	E3	2
	nomeadamente os riscos que o doente corre e portanto que se deve ter atenção	E15	
	para prevenção da segurança do doente, que possam estar mais camuflados	E17	1

Tabela 6 - Distribuição das unidades de contexto, de registo e de enumeração, das respostas dos enfermeiros relacionadas com as funções da PT

## Questão 4 - Qual é para si a importância, ou as vantagens da PT?

A análise de conteúdo das entrevistas realizadas aos enfermeiros, permitiu identificar as vantagens percebidas no processo de PT que realizam (Tabela 7):

## Questão 4 - As vantagens da PT

Unidades de contexto	Unidades de Registo	Unidades de enumeração
Partilha de experiência	partilha de experiencias entre os profissionais	E1
	numa partilha de conhecimentos	E3
	de dúvidas acerca de determinados aspectos	E7
	para quando há algum problema, alguma duvida na forma de resolvermos	E17
	tirar dúvidas, partilha de informação e conhecimentos	E20
		5
		5
Reflexão	os momentos de reflexão	E1
		1
		1
Formação	aquisição de novos conhecimentos em relação a determinadas áreas	E2
	permitir também um momento de aprendizagem	E8
	a formação neste momento de passagem de ocorrências	E14
		3
		3
Continuidade	continuidade da planificação dos cuidados de enfermagem	E1
	uma continuidade de cuidados	E3
	compreender então a evolução do doente	E4
	exactamente para a continuidade de cuidados	E5
	sabermos o que é que aconteceu nos turnos anteriores	E5
	uma continuidade de cuidados	E6
	haja uma continuidade no cuidado	E7
	além de permitir a continuidade dos cuidados	E8
	Continuidade de cuidados mantida	E11
	importante na continuidade dos nossos cuidados.	E12
	Permite que haja continuidade de cuidados	E13
	para a continuidade de cuidados	E15
	garantir a continuidade de cuidados dos turnos anteriores	E16
	a continuidade dos cuidados que se é capaz de fazer	E18
	que a continuidade de cuidados	E19
	além da continuidade dos cuidados	E20
		16
		16
D i s c u s s ã o		



	uma discussão, por assim dizer, dos cuidados que podem ser melhorados com aquele doente	E3	4
	discussão do plano de cuidados	E7	
	a discussão do caso	E10	
	optimizar os cuidados	E20	
			4
Folha de PT	temos a folha da passagem de turno	E4	2
	Utilizamos uma folha de passagem de turno	E5	
			2
Promoção da segurança	sabermos o que falta fazer, muitas vezes ficam coisas pendentes do turno anterior	E5	7
	uma maior segurança em relação ao que estamos a fazer	E13	
	quais as actividades que ficaram pendentes	E14	
	para conhecer que riscos é que o doente corre e para nós estarmos atentos e evitar esses riscos	E15	
	todos os aspectos que deves ter em atenção com o teu doente	E16	
	promover a segurança do doente	E16	
	promoção da segurança	E19	
			7
Uniformização	todos os elementos da equipa se possam organizar todos da mesma maneira	E6	1
			1
Responsabilidade	para além de ter uma noção global de todos os clientes que estão internados no serviço	E8	2
	o conhecimento geral dos doentes que nós vamos encontrar	E9	
			2
Gestão	Facilita bastante a questão da organização de quem vai entrar, não só clínica	E9	2
	planeamento dos cuidados durante o turno	E13	
			2
Proximidade ao doente	Poder realmente chegar ao problema do doente, chegar ao doente em termos de empatia, conseguir perceber-lo, conseguir ajuda-lo	E10	4
	o saber quem é que a gente vai tratar porque nós ao trabalhar por turnos nem sempre conhecemos o doente	E14	
	é onde o enfermeiro que nunca viu o doente começa a conhecer o doente	E16	
	para que o doente também se sinta que já é conhecido	E16	
			4

Tabela 7 - Distribuição das unidades de contexto, de registo e de enumeração, das respostas dos enfermeiros relacionadas com as vantagens da PT

**Questão 5** - Quais os pontos que pensa susceptíveis de melhoria da passagem de turno?

A percepção dos enfermeiros, caracteriza com base nas entrevistas efectuadas, em relação às limitações e oportunidades de melhoria do processo de PT que realizam, está descrita na tabela seguinte (Tabela 8):

Questão 5 - limitações e propostas de melhoria da PT

Unidades de contexto	Unidades de Registo	Unidades de enumeração
Estrutura da informação	Sem dúvida a estrutura	E1
	ser delineado melhor quais os aspectos que são mais importantes na passagem de turno	E3
	alargamo-nos mais sobre outros aspectos que se calhar não são tão importantes	E4
	não conseguimos ter uma passagem de turno estruturada	E5
	tem que ser estruturada, objectiva, clara que permita que não haja dúvidas na continuidade	E7
	deveríamos esforçar por fazer uma sequencia lógica	E8
	todas as pessoas consigam ter acesso a essa informação	E9
	a informação deveria ser mais adequada	E11
	isto é como aquele jogo do telefone estragado, portanto a informação vai passando e quando chega ao fim a informação está alterada	E14
	portanto se calhar se se passar a informação mais esquematizada e mais importante e não outros pontos se calhar é mais fácil.	E17
	deveria melhorar é no que escolher passar, a informação passada na passagem de turno	E20
		10
		10
Excesso de informação	alargamo-nos mais sobre outros aspectos que se calhar não são tão importantes	E4
	Podíamos não passar tanta informação que é desnecessária	E6
	Às vezes, informação a mais destabiliza	E7
	não há necessidade de estar a repeti-los constantemente	E8
	muitas informações que são passadas repetidamente	E9
	há muito gasto de tempo nesta informação	E9
	muitas vezes as informações que são passadas não são as mais relevantes	E11
	vezes falamos de outras coisas que não tem propriamente a ver com o turno	E13
	dá-se asas um pouco a outras transmissões de informação não importantes	E15
	pensar quais os pontos em poderemos cortar, quais as coisas que são menos relevantes e que poderíamos tirar	E16
		11

	tornar a informação mais concisa e mais exacta possível	E20	11
Tempo	Depois o tempo que se gasta na passagem de turno, essencialmente	E1	16
	o tempo da passagem de turno	E3	
	as passagens de turno já são bastante longas	E4	
	o doente naquele momento está ligeiramente em <i>standby</i> , também não o pode estar durante muito tempo (não é?) porque estamos a passar o turno	E7	
	a nível de tempo, as vezes são um bocadinho longas	E8	
	a nossa é extremamente demorada	E10	
	é uma passagem de turno muito demorada, não podemos estar uma hora sem ver os doentes	E10	
	Maioritariamente passa pelo tempo de passagem de turno	E11	
	o tempo que é desperdiçado	E12	
	toda a gente poderia contribuir um bocadinho mais para a redução do tempo	E13	
	alonga a passagem de turno e torna-se cansativo	E15	
	tempo de passagem de turno, acho que é excessivamente alongado	E16	
	aquela meia hora que supostamente está destinada é curto para o número de doentes que tem e para a informação que se passa	E17	
	tempo que despendemos é sempre excessivo	E18	
	A redução do tempo de passagem de turno	E19	
	de forma a não estender muito o tempo	E20	
Comunicação	torna-se um bocadinho maçador principalmente para quem está a receber	E4	7
	para não estarmos uns de costas para os outros	E4	
	as vezes perdemos um bocadinho a nossa linha de raciocínio	E5	
	sucinta, quanto mais sucinta melhor	E7	
	no fim já estamos tão cansados e que já não conseguimos ouvir tudo o que é importante.	E10	
	Se fosse mais pequeno, conseguíamos se calhar estar mais concentrados durante a passagem de turno	E10	
	acho que a concentração nesse momento deve ser máxima	E12	
Espaço	no espaço que nem sempre é o mais adequado, também, para os profissionais	E1	8
	uma sala mais espaçosa	E5	
	num espaço confortável	E5	
	Deveríamos ter também mais espaço	E6	
	o local onde é realizada a passagem de turno é um ponto importante, tanto a comodidade como o espaço que é dedicado nesse ponto	E12	
	espaço da passagem de turno deveria ser maior e mais confortável...	E15	
	uma sala de passagem de turno maior	E16	
	um espaço mais privado,...), ponto para haver uma maior estabilidade dentro daquela sala.	E17	
	não temos um sítio para apoiar e para escrever	E5	6

	cadeiras, mesas em que toda a gente pudesse estar confortável durante esse tempo de passagem	E6	14
	as pessoas que estão de pé sentem-se cansadas e acabam por dispersar um pouco.	E15	
	era muito bom, se calhar, ter uma mesa onde todos se sentassem e todos olhassem uns para os outros	E16	
	a parte física dos serviços têm em conta uma sala com as melhores condições	E18	
	O espaço físico em si	E19	
Necessidade de formação	podemos apostar um pouco mais na formação	E2	1
			1
Transmissão	o modo como registamos e como transmitimos a informação	E3	1
			1
Quadro	Os quadros com, com a informação acerca do doente	E3	2
	O espaço físico deveria ter... não só na folha de passagem, mas um quadro	E6	
			2
Interrupções	As interrupções na passagem de turno	E3	11
	um espaço que não nos tivessem constantemente a interromper	E5	
	Não deveríamos ser interrompidos tantas vezes	E6	
	nós aqui fazemos muitas interrupções	E10	
	o factor das interrupções	E12	
	há interferências	E13	
	há algumas interferências porque quando o telefone toca	E17	
	esse aspecto interrompe um bocadinho às vezes a sequência lógica de quem está a passar o doente	E17	
	Somos várias vezes interrompidos	E18	
	As interferências que existem do exterior para a passagem de turno	E19	
	Não sermos tantas vezes interrompidos	E20	
			11
Consciencialização	as pessoas não dão o valor suficiente à passagem de turno	E6	2
	não se dá o devido valor a esta passagem	E14	
			2
Fo lh a de PT	o documento escrito podia ter mais informação	E14	1

			1
Enfermeiro fora da PT	presença de um enfermeiro fora da passagem de turno (...)era importante para esse ficar destinado a resolver problemas que possam ocorrer durante a passagem	E17	1
			1

**Tabela 8** - Distribuição das unidades de contexto, de registo e de enumeração, das respostas dos enfermeiros relacionadas com as limitações e oportunidades de melhoria do processo de PT

## 8. Discussão dos Resultados

Depois de explanados os dados obtidos da observação da PT e do conhecimento da percepção dos enfermeiros envolvidos, importa neste capítulo reflectir sobre os resultados obtidos.

Este estudo caracteriza-se como um estudo exploratório e descritivo, de abordagem metodológica combinada, cujo objectivo é conhecer o processo de transferência de responsabilidades durante as passagens de turno entre enfermeiros, do serviço de internamento médico-cirúrgico 3HA, do Hospital da Luz, SA., tendo em conta a particular importância da comunicação entre os profissionais e a repercussão desta na segurança do doente, de forma mais abrangente.

A recolha de dados integrou, de forma complementar, a observação de todo o processo da PT entre enfermeiros e uma entrevista semi-estruturada aos profissionais.

A discussão de dados que agora se apresenta está estruturada de acordo com os objectivos definidos para este estudo, incidindo assim na percepção dos sujeitos em relação à: i) descrição do processo de passagem de turno; ii) caracterização do processo de comunicação entre enfermeiros durante a passagem de turno; iii) identificação de pontos fortes de limitações e de formas de melhoria da passagem de turno entre enfermeiros; iv) e à influência da passagem de turno na segurança do doente.

Este estudo integrou duas fases: a primeira de observação naturalista, com uma amostra de 44 sujeitos, correspondente à equipa de enfermeiros que integraram as passagens de turno observadas entre os dias 1 e 30 de Setembro de 2010; e, uma segunda fase em que a amostra foi constituída por todos os enfermeiros, que tendo participado na primeira fase, mostraram disponibilidade para uma entrevista semi-estruturada entre os dias 1 e 15 de Outubro de 2010. Nesta fase a amostra foi constituída por 20 sujeitos.

### Objectivo I - o processo de passagem de turno

Na discussão dos resultados serão tidos em consideração, de forma complementar, os resultados obtidos na primeira fase do estudo (observação) e na segunda fase (entrevista semi-estruturada).

Neste estudo foi possível verificar que no decorrer da actividade dos enfermeiros que constituem a amostra, a passagem de turno acontece sempre em cada mudança de turno, 3 vezes por dia, entre as equipas de enfermeiros.

Quanto ao contexto em que decorre, pode concluir-se que as 30 passagens de turno observadas decorreram na sala de registos, o espaço designado pelo Hospital. Esta sala está localizada na área de trabalho de enfermagem. Possui uma mesa de apoio com três computadores, onde são efectivados os registos clínicos, que está voltada para uma das paredes. Possui duas portas de acesso: uma directa do corredor de serviço e a outra com acesso à sala de preparação de medicamentos. Existem seis cadeiras, três correspondentes às zonas de trabalho dos computadores e as restantes sem base de apoio. Existe a possibilidade de utilização de mais cadeiras, quando o número de profissionais assim o exige, embora com o constrangimento do espaço de circulação. A configuração do espaço, no entanto, dificulta a comunicação face-a-face. A este respeito O'Connell *et al* (2009) e Scovell (2010) defendem a necessidade de um espaço próprio com características que assegurem a privacidade, um ambiente de resguardo e sem barreiras estruturais que dificultem o processo de comunicação.

A liderança da passagem de turno foi assegurada pelo enfermeiro chefe de equipa ou pelo seu substituto. Foi possível observar, em número reduzido, que algumas passagens de turno presenciadas não contaram com uma liderança efectiva, tendo neste caso sido assegurada pelo enfermeiro mais experiente.

Também foi observado que, num número expressivo, nas passagens de turno entre o turno da noite e da manhã esteve presente, para além do chefe de equipa, a enfermeira coordenadora. Este facto pode, segundo Scovell (2010), ser determinante da eficácia das passagens de turno. Segundo Scovell (*idem*) na ausência de uma liderança efectiva do processo de PT, esta pode ultrapassar o seu âmbito, alongar-se no tempo e tornar-se ineficiente.

Numa percentagem muito elevada das passagens de turno observadas, verificou-se uma fase preparatória. De acordo com Sexton *et al* (2004), frequentemente, este tempo não é dispensado antes do início das mudanças de turno; o que, em conjunto com dados actualizados e concisos, poderia contribuir para a redução do tempo gasto na PT.

No entanto, nesta fase de preparação da passagem de turno, constatou-se que num número expressivo de observações efectuadas a equipa de enfermeiros estava incompleta.

Em relação aos instrumentos identificados como de suporte obrigatório às passagens de turno (como é o caso da folha de passagem de turno) na grande maioria das situações esta estava disponível e actualizada. No entanto ainda se nota que, em número reduzido, houve efectivamente situações em que a folha ou não estava disponível ou actualizada no início da passagem de turno. São diversos os autores que reconhecem como um ponto crítico para a eficácia da passagem de turno, a necessidade de disponibilizar dados actualizados às equipas seguintes para a prestação de cuidados eficazes e seguros (Sexton, Chan, Elliott, Stuart, Jayasuriya, & Crookes, 2004; Meißner, Hasselhorn, Estry-Behar, Ne'zet, & Pokorski, 2007)

Ainda na fase de preparação da passagem de turno, e ao contrário do que é defendido por alguns autores (Arora, Johnson, Meltzer, & al., 2008; Stevens, 2008), não foi observado, na maioria dos casos, a atribuição dos doentes aos enfermeiros que serão responsáveis pelo turno seguinte.

Em relação à presença atempada, na reunião, dos enfermeiros que vão passar o turno, verificou-se que esta acontecia num número muito expressivo das observações efectuadas.

Quanto ao seu início, a grande maioria das passagens de turno observadas, iniciaram-se na hora previstas. Das restantes, a grande maioria correspondem a passagens de turno entre o turno da manhã e o da tarde e entre o turno da tarde e o da noite.

Foi assim possível concluir que os atrasos se verificam de forma sistemática e que uma das razões estava relacionada com o reduzido número de observações do enfermeiro de saída preparado para a proceder à passagem de turno.

Ao atendermos aos dados correspondentes à duração da passagem de turno, em grande número das observações, o tempo efectivo foi além dos 00h:30m consignados pela organização do hospital para esta actividade. Na realidade o tempo médio de duração das passagens de turno observadas foi de 00h:42m. Esta duração é superior ao descrito por Lamond (2000) que apontou como duração média da passagem de turno 00:34 minutos.

Foi observado que durante todas as passagens de turno, existiram sempre disponíveis dois instrumentos que suportaram a transmissão verbal: a folha de PT, que foi utilizada em todas as passagens, mas nem sempre actualizada e o sistema de informação Soarian®, nem sempre utilizado.



Em relação à utilização de folhas de passagem de turno como suporte à comunicação entre os profissionais, é uma prática comum e recomendada de suporte à informação, tal como defendem Pothier *et al*, (2005). No entanto, Frank *et al* (2005) concluíram que numa percentagem elevada essas folhas podem conter erros, o que exige uma verificação atenta sobre a informação que a folha integra. Ainda em relação a estas folhas, Lamond (2000) refere a necessidade de acesso a informações actualizadas, de forma a poderem servir o esclarecimento de dúvidas ou omissões.

Nas observações efectuadas verificou-se que em todas as passagens de turno, as informações pré-imprimidas, constantes da folha de PT, são complementadas por notas retiradas da transmissão oral. Um estudo determinou que estas anotações são utilizadas com diversos propósitos incluindo o planeamento de tarefas, o registo de informações específicas ou, ainda, de percepções sobre o doente e a família (Hardey, Payne, & Coleman, 2000).

Esta configuração das folhas de passagem de turno com informação impressa combinada com notas pessoais pode permitir a melhoria da passagem de turno. No entanto, de acordo com Friesen *et al* (2008), dado o carácter pessoal impresso em cada registo, é fundamental que estas informações sejam claras e com grafismo perceptível de forma a que possam ser lidas por outros enfermeiros, que em situações pontuais, como o período de refeição, sejam momentaneamente responsáveis pelo doente.

Indo ao encontro do defendido por Kerr (2002), Cameron (2005) e Scovell (2010), as passagens de turno observadas englobaram mais funções para além da transmissão de informação e responsabilidades. Assim, numa percentagem expressiva de passagens de turno foram observados momentos de socialização. Numa das passagens de turno ocorreu a integração de um novo enfermeiro na equipa. Em nenhuma das observações ocorreram momentos de formação formais.

A análise dos dados qualitativos (obtidos através de entrevista semi-estruturada) completou o processo de observação trazendo agora a percepção dos enfermeiros entrevistados sobre o processo de passagem de turno e os elementos percebidos como importantes.

Assim, em relação ao processo de passagem de turno, os enfermeiros entrevistados têm a percepção de que esta se decorre da seguinte forma:

**(1) Fase preparatória da passagem de turno;**

*“...o chefe de equipa, então, prepara essa folha, sempre no turno anterior” (E4)*

*“A equipa que está de saída, geralmente organiza a folha de passagem de turno...” (E9)*

*“... em cada inicio de turno, pelo chefe de equipa é revisto no horário os elementos que estão a exercer funções nesse turno.” (E11)*

Os enfermeiros têm a percepção que antes de iniciarem a transmissão existem actividades que a prepararam . É de ressaltar o facto de estas tarefas serem muito associadas ao chefe de equipa. Neste sentido, Sexton *et al* (2004) considera que cabe aos enfermeiros seniores, mais experientes, supervisionar a qualidade dos cuidados, nomeadamente através da disponibilização de dados clínicos actualizados a toda a equipa.

## (2) A Passagem de turno (propriamente dita)

Em relação à **transmissão de informação**, foi referida a existência em paralelo da transmissão verbal (efectuada pelo enfermeiros que cessam o turno) e do registo escrito de notas (pelos enfermeiros que iniciam o turno);

*“... no fundo ocorre a transmissão de informação.” (E1)*

*“... cada um depois faz o seu processo de transmissão e (...) escrevem aquilo que é mais importante.” (E6)*

*“...depois é feita verbalmente.” (E7)*

A transmissão de informação é reconhecida como a principal função da PT. É ainda identificado como suporte para a transmissão a forma verbal em complemento com a escrita de tópicos ou notas de informações mais relevantes registadas na folha de PT (Mikkelsen & Aasly, 2001).

Segundo os entrevistados a passagem de turno obedece a uma sequência, que salvo as excepções, **segue sempre a ordem numérica** de quartos/camas (identificada também na folha de PT);

*“... de forma sequencial, do inicio dos quartos para o final, do primeiro ao ultimo doente,(...)” (E16)*

A definição da estrutura e sequência do processo de passagem de turno é um dos pontos mais frágeis, carente de formalização. Esta estruturação é importante para que esta seja menos dependente do carácter social, cultural ou formativo de cada enfermeiro (Oliveira, Ferreira, Campos, Pinheiro, & Azevedo, 2007).

**(3) Final da Passagem de turno - Atribuição/responsabilização dos doentes**

*“...no final o enfermeiro chefe de equipa faz a distribuição dos elementos dos vários elementos do turno pelo número de doentes que há, de forma a ser o mais igual possível a carga de trabalho.” (E4)*

*“No final desta passagem de turno é feita a distribuição dos doentes internados pelos vários elementos da equipa tendo esta função principalmente o chefe de equipa.” (E8)*

*“...e refere mais algum ponto de importância a ter durante o turno que vai existir.” (E10)*

De acordo com a percepção dos enfermeiros, o final da passagem de turno é marcado pela atribuição/responsabilização dos doentes aos enfermeiros seguinte, pelo chefe de equipa. Existe ainda espaço à transmissão de outras mensagens, de alerta, responsabilização ou de natureza logística.

Em relação ao processo de passagem de turno foram ainda referidas pelos enfermeiros participantes aspectos como;

**- A presença da equipa de entrada e da equipa de saída**

*“... para a equipa que está de entrada...” (E11)*

*“...uma equipa de entrada, (...)” (E14)*

*“...a equipa que está de saída de turno.” (E9)*

*“... e outra que transmite as informações do turno anterior.” (E18)*

As responsabilidades inerentes à transmissão e assunção dos cuidados do doente é uma tarefa multidimensional e plural a todos os profissionais envolvidos na passagem de turno, em linha com o descrito por Jeffcott *et al* (2009). Ainda, Arora *et al* (2008) acrescentam a necessidade de promoção de um ambiente de continuidade assente na responsabilidade profissional e a mudança de paradigma de “o meu doente” para “todos os doentes, são meus doentes”, o que sustenta a necessidade desta reunião das equipas.

**- O espaço onde decorre a PT, que é sempre a sala de registos.**

*“...dentro de uma sala, a porta é fechada ...” (E8)*

*“... na sala de passagem de turno, uma sala própria.” (E20)*

A passagem de turno pode desenvolver-se em diferentes locais. De acordo com O'Connell & Penney (2001) e Clemow (2006) a passagem de turno em sala própria revela vantagem na confidencialidade, na possibilidade de discussão e introdução de diferentes perspectivas face aos problemas e dá espaço a outras funções.

#### - Os instrumentos que servem de suporte

A este respeito foi referido que a PT Tem por base dois instrumentos, a **folha de PT** em primeiro plano e o complemento do **sistema de informação** de gestão do processo clínico - Soarian®.

*“... uma folha onde contem a identificação dos doentes e de orientação de cada doente para a passagem de turno.” (E15)*

*“...posso dizer que é uma folha de passagem de turno já concebida...” (E19)*

*“...o nosso sistema informático, o Soarian.” (E1)*

*“...sempre que necessário recorremos ao suporte informático.” (E20)*

A percepção dos enfermeiros está de acordo com as observações efectuadas. Os enfermeiros entrevistados têm a percepção da importância dos instrumentos que sustentam a transmissão verbal de informações.

#### - O chefe de equipa

Este configura a principal referência na gestão deste processo e liderança da equipa durante a transmissão de informações. Quando presente, cabe esta função à enfermeira coordenadora.

*“...sempre com a liderança e indicação do chefe de equipa tanto o que sai de turno como do que entra.” (E12)*

*“...um chefe de equipa que lidera essa passagem de ocorrências.” (E14)*

*“...chefe de equipa tem que estar garantida a sua presença, assim como o chefe de equipa da equipa que entra.” (E16)~*

*“...e a enfermeira coordenadora.” (E6)*

*“...chefe do serviço se for no turno da manha...” (E15)*

Neste sentido, e de acordo com Andrade *et al* (2004), a ausência de liderança favorece o aparecimento de líderes natos, que por não serem formais e por não terem

preparação ou experiência, desempenham esta função de modo desqualificado. Esta situação é preocupante pois a maior ou menor eficácia da PT depende da participação do chefe de equipa (Andrade, Vieira, Santana, & Lima, 2004). A ausência de liderança implícita pode ser interpretada pelos sujeitos como uma desvalorização institucional na realização desta tarefa, aumentando o seu impacto para a esfera organizacional (Pirolo & Chaves, 2002).

#### - As actividades de gestão

São ainda reconhecidas outras actividades de **gestão** durante a PT, tais como, atribuição de responsabilidades, distribuição do volume de trabalho, alertas clínicos ou complementos de informação clínica ou organizacional (Kerr, 2002; Smith, Pope, Goodwin, & Mort, 2008).

*“...que nos vai orientando as vezes algumas, como estão cá todos os dias é mais fácil para nos orientar algumas coisas que de vez em quando são esquecidas.” (E5)*

*“...o responsável de turno da manhã para acrescentar algum elemento que seja necessário.” (E13)*

Em resumo, a passagem de turno desenvolve-se com base num conjunto de actividades definidas e reconhecidas, contudo sempre num contexto de grande variabilidade e dependência de factores pessoais, profissionais ou organizacionais. Factores como a informação ou a liderança são fundamentais para que aconteça. Porém, a sua total eficiência depende da motivação dos profissionais e da Organização para encararem a passagem de turno como um processo constituído por diferentes tarefas cuja importância se reflecte na organização do trabalho em enfermagem, na interligação entre os diferentes níveis de cuidados, promove melhores cuidados e mais qualidade dos serviços de saúde.

Depois de reflectirmos sobre o processo e a percepção dos intervenientes da passagem de turno, dirigimos a nossa atenção para as suas funções.

#### Funções da PT

Em relação às funções atribuídas à passagem de turno, a percepção dos enfermeiros, é de que são:

- i) **A transmissão de informação e de responsabilidades e a continuidade dos cuidados;**

*“...passagem de informação...” (E14)*

*“...transmissão de informação...”* (E17)

*“...quase que a passagem do testemunho.”* (E14)

*“...assim somos chamados à nossa responsabilidade...”* (E17)

*“...sinto que há responsabilidade que se transfere.”* (E18)

*“...ver como uma continuidade...”* (E9)

*“...continuidade de cuidados...”* (E10)

A percepção dos enfermeiros está de acordo com o que é amplamente descrito por diversos autores, ao afirmarem que a transmissão de informações e a continuidade são as principais funções da passagem de turno (Parker, Gardner, & Wiltshire, 1992; Sherlock, 1995; Odell, 1996; Sexton, Chan, Elliott, Stuart, Jayasuriya, & Crookes, 2004; Pothier, Monteiro, Mooktiar, & Shaw, 2005; O’Connell, MacDonald, & Kelly, 2009).

A comunicação expressa, de acordo com Kerr (2002), inclui a passagem de informações e ocorrências referentes a cada doente. E, Hoban (2003) acrescenta que a informação deve ser transferida da equipa de enfermagem de um turno para a seguinte como garantia de continuidade e coerência nos cuidados prestados ao doente. Entre estes e outros autores é amplamente aceite que a continuidade dos cuidados, bem como os custos da sua quebra [i.e. Administração errada de fármacos; local cirúrgico errado; atrasos na prestação dos cuidados; ou a duplicação dos testes e exames; o aumento do tempo de internamento (Jorm, White, & Kaneen, 2009)] influenciam directamente a segurança do doente e a qualidade dos serviços de saúde (Prouse, 1995; O’Connell & Penney, 2001; Oliveira, Ferreira, Campos, Pinheiro, & Azevedo, 2007; Johnson & Barach, 2009; Scovell, 2010). Vale a pena ressaltar que os dados de enfermagem bem registados, bem como, uma comunicação eficaz fazem a diferença nos cuidados, tanto para o doente como para os profissionais e para a Organização. Estas soluções minimizam a descontinuidade dos cuidados e promovem a melhoria da qualidade (Andrade, Vieira, Santana, & Lima, 2004).

**ii) A partilha de experiencia e esclarecimento de dúvidas entre os elementos da equipa;**

*“...partilha de experiencias...”* (E 7,8,11,15,20)

*“...os colegas mais velhos que acabam por explicar.”* (E2)

*“Esclarecer dúvidas dos colegas...”* (E20)

É comum durante a PT ocorrerem momentos de discussão, partilha de opiniões e de experiências como forma de promoção de diferentes ângulos de abordagem dos problemas clínicos e mesmo organizacionais (Cameron, 2005). Desta partilha surgem a

permuta de conhecimentos, a divulgação e actualização de práticas e procedimentos e a identificação de oportunidades de desenvolvimento de novas competências dos enfermeiros (Kerr, 2002). Existe ainda lugar para o suporte e apoio pessoal (Hopkinson, 2002).

**iii) Formação;**

*“...bom momento de aprendizagem para todos.” (E4)*

*“...momento excelente na enfermagem, de formação.” (E14)*

A formação é largamente considerada como uma função potencial da passagem de turno (Lally, 1999; O’Connell & Penney, 2001; Kerr, 2002; Meißner, Hasselhorn, Estryn-Behar, Ne’zet, & Pokorski, 2007). Mais, de acordo com Abreu (1996), é inquestionável o potencial formativo da interacção entre enfermeiros, pois só desta forma adquirem e desenvolvem determinadas competências a partir da reflexão sobre as suas práticas diárias.

**iv) Fomento do trabalho em equipa;**

*“...favorecendo também o trabalho de equipa” (E1)*

A PT fortalece o espírito de equipa (Lally, 1999) demonstrando ter efeitos positivos nos enfermeiros. Estes ganham motivação e usam a experiência e a informação para planearem os turnos futuros (McCloughen, O’Brien, Gillies, & McSherry, 2008)

**v) Socialização;**

*“...a relação dos intervenientes.” (E1)*

*“...o exorcizar de determinados temores.” (E7)*

De acordo com Lally (1999), existe um período prévio ao início da PT, no qual os enfermeiros falam de aspectos pessoais ou sociais enquanto se preparam para iniciar a transmissão. Mais, Evans *et al* (2008) afirmam que esta actividade é essencial para a coesão social da equipa, e não vai além de 10 minutos (Lally, 1999). Esta função é essencial para a reflexão sobre problemas socio-emocionais do trabalho em enfermagem, não devendo ser negligenciada no tempo dedicado às passagens (Hopkinson, 2002).

**vi) Reflexão;**

*“...momentos de reflexão e de crítica construtiva.” (E1)*

*“...discussão de algumas questões problemáticas...” (E19)*

*“...plano de cuidados a implementar para cada doente.” (E16)*

É unanimemente aceite que a discussão dos planos de cuidados, problemas da equipa ou organizacionais permite trazer novas abordagens, inteligência e inovação aos cuidados (Parker, Gardner, & Wiltshire, 1992; Cameron, 2005; Jeffcott, Ibrahim, & Cameron, 2009b; O'Connell, MacDonald, & Kelly, 2009).

**vii) A personalização e adequação dos cuidados á individualidade de cada doente;**

*“Permite-nos ver o doente como um todo...”* (E10)

*“...problemas pendentes quer dos doentes...”* (E13)

Em consonância com Kerr (2002), incluem-se nas funções da PT a transferência de informação subjectiva que aborda os aspectos sociais e psicológicos. Esta perspectiva permite uma resposta individualizada e personalizada às necessidades de cada doente, o que vai de encontro quer à segurança e qualidade dos cuidados, quer à humanização dos mesmos (Watson, 2002).

**viii) Gestão;**

*“...alguma coisa que no quarto do doente que não funciona bem, que nos devemos alertar (...) ou a manutenção ou mesmo a chefia”* (E3)

*“...perceber o que é necessário fazer, para além dos cuidados ao cliente.”* (E20)

Após a transmissão das informações relativas aos doentes, sinalizada por uma marca ou observação que defina este fim, pode ocorrer a transmissão de informação relacionadas com a logística da unidade ou com a Organização, em consonância com Evans *et al* (2008). Também Kerr (2002), já havia descrito como função da PT o planeamento e a organização do trabalho, incluindo a vertente clínica, mas também logística das unidades orgânicas.

**ix) Promoção da segurança através da transmissão de alertas;**

*“Situações que nós naquele turno, durante aquela parte do dia teremos que ter mais em atenção.”* (E3)

*“...nomeadamente os riscos que o doente corre e portanto que se deve ter atenção...”* (E15)

*“...para prevenção da segurança do doente, que possam estar mais camuflados...”* (E17)

Deste conjunto de funções enunciado ressalta a oportunidade de melhorar a qualidade dos cuidados pela promoção de actos mais seguros. Os enfermeiros esperam da PT a



transmissão de informações específicas relativas à segurança do doente, tais como alergias, parâmetros clínicos instáveis ou o lembrar de intervenções pendentes ou prementes muito referidas nas informações qualitativas recolhidas junto dos enfermeiros entrevistados e que vão de encontro ao descrito por Sexton *et al*, (2004) e Cameron (2005).

## Objectivo II - Caracterização do processo de comunicação

Tendo em conta os dados observados, a passagem de turno é caracterizada como um processo eminentemente comunicativo, baseado na transmissão de um conjunto de informações. Assim, depende da efectividade destes dois pilares: a informação e a comunicação.

A partir da análise da observação do processo de passagem de turno, podemos concluir que nesta amostra a transmissão ocorre sempre de forma verbal. Contudo, nesta mesma amostra, devido à configuração do espaço, a transmissão poucas vezes é feita face a face e raramente é feita directamente entre o enfermeiro responsável anterior e o seguinte, sendo mais comum a transmissão para toda a equipa seguinte. No entanto, segundo a grande maioria dos autores a comunicação directa, ou face a face, torna-se necessária à compreensão das mensagens transmitidas. A ausência deste contacto pode originar desfasamentos entre a informação emitida e a mensagem recebida (Andrade, Vieira, Santana, & Lima, 2004; Dunn & Murphy, 2008).

Em todas as passagens de turno observadas, o instrumento com informações escritas (a anotação de informações escritas na folha de PT) suporta a comunicação verbal quer de quem recebe, quer de quem transmite. A combinação entre a transmissão oral e o suporte escrito, através da folha de PT previamente impressa com um conjunto mínimo de dados relativos à condição clínica do doente, é uma solução validada por Pothier *et al*, (2005) e descrita por O'Connell *et al* (2009). Estes autores demonstram maior fiabilidade na transmissão de informações e redução do tempo gasto, em contraponto ao defendido por McKenna & Walsh (1997).

Quanto à linguagem utilizada prevalece a linguagem científica, sendo também recorrente a linguagem informal, tal como descreveram Soares (2004) e Dunn e Murphy (2008). Payne *et al* (2000) acrescentaram que esta informação transmitida é criptica e é necessária a socialização e a integração na equipa para compreender na sua abrangência a linguagem utilizada.

A estrutura das informações, os conteúdos e a sequência pela qual as informações respeitantes a cada doente são transmitidas assume-se como um ponto crítico do processo de PT. Foi possível identificar que existe a preocupação de seguir a estrutura

definida pela folha de PT, no que respeita à sequência de dados de identificação e história do doente. Contudo quando dirigimos a atenção às informações clínicas actuais (parâmetros vitais, actividades e procedimentos diagnósticos ou dispositivos clínicos, por exemplo) detectamos a frequente desorganização (falta de estrutura padronizada) para a transmissão das mesmas. Por se tratarem de informações voláteis e dinâmicas, não estão descritas na folha de PT. Dependendo da sensibilidade do enfermeiro para determinados aspectos (mais médicos, clínicos ou humanos), leva a diferentes prioridades na transmissão da informação e consequente desorganização. Este problema está de acordo com as principais preocupações identificadas pelos organismos internacionais *ACSHQC* (2005) e *NAPS* (2005).

Para além deste facto, foi ainda possível detectar que ocorreram nas passagens de turno observadas informações que não foram validadas, que foram omitidas e mesmo a ocorrência de informações erradas, detectadas sobretudo pelo *read-back* do enfermeiro chefe de equipa. Estes factos estão de acordo com o descrito por Sexton *et al* (2004).

Os mecanismos de confirmação de informação assumem-se como instrumentos para a validação da informação e garantia de segurança. Durante as observações, foi comum a confirmação das informações transmitidas entre o enfermeiro emissor e os receptores; e, ainda com mais frequência, os receptores solicitaram a confirmação das informações passadas pelo emissor - *read-back*. A este respeito, Dunn & Murphy (2008) sugerem o exemplo da indústria de aviação para aumentar a eficácia da comunicação. Assim, segundo estes autores, a informação deve ser transmitida de forma concisa pelo emissor; o receptor deve reiterar o conteúdo das mensagens; e por fim, o emissor confirmar a correcta recepção da informação. Este mecanismo deve ser generalizado para que ocorra sempre a confirmação entre mensagens emitidas e recebidas pelos enfermeiros durante a passagem de turno.

Mais concretamente, face aos conteúdos relativos a cada doente foi possível determinar que é frequente a transmissão da situação actual do doente, sobretudo porque esta informação encontra-se, normalmente, explícita na folha de passagem de turno. Contudo, ocorreu com menos frequência o enquadramento do estado clínico e, foi ainda menos, evidente a descrição da evolução do doente. Tal como a percepção dos enfermeiros, não existem definições exactas sobre que informações transmitir. Embora existam alguns instrumentos e projectos (i.e. SBAR; NKE) que visam esta definição, prevalece a necessidade de definição de modelos padronizados mas flexíveis, adaptados a cada realidade (Friesen, White, & Byers, 2008). Segundo a *Joint Commission* (2008), os enfermeiros devem garantir que é comunicada sempre a informação essencial aos cuidados do doente, embora este seja um conceito carente de definição.

Em relação à transmissão de alertas (i.e. intervenções ou exames pendentes; risco de quedas elevado; alergias; alterações do estado de consciência ou dos parâmetros vitais) observou-se que constituem um ponto de atenção, ao serem assiduamente transmitidos quer os alertas prementes (i.e. intervenções ou actividades cuja realização ficou pendente), quer os riscos do doente. Ainda os alertas farmacológicos em particular, foram transmitidos menos frequentemente face aos anteriores. Estas conclusões revelam uma evolução positiva face a um estudo de McMahon (1990), que verificou que a informação transmitida não incluía dados relevantes para a segurança do doente, tais como deficiências auditivas e visuais, dependência física e necessidades especiais ou alterações da forma de expressão e comunicação.

Quanto à percepção dos enfermeiros face à informação transmitida, os resultados qualitativos são próximos dos observados, contudo existem algumas discrepâncias entre a prática e a percepção dos enfermeiros. Quando questionados sobre quais os elementos mais relevantes na informação transmitida, estes consideraram essencial:

i) A transmissão da **história pessoal**, a **descrição do período de internamento** e a **descrição da situação actual**;

*“...os antecedentes são sempre importantes.” (E10)*

*“...também os antecedentes do doente.” (E15)*

*“...contextualizar um pouco o internamento.” (E11)*

*“...saber a evolução ao longo do turno.” (E14)*

*“...será mesmo o estado em que o doente se encontra.” (E3)*

*“...o seu estado clínico no momento...” (E8)*

Esta percepção está de acordo com o observado e vai de encontro às conclusões de Currie (2002). Embora seja unânime entre os enfermeiros o tipo de informação esperada, nem sempre ocorre a sua devida transmissão, sobretudo no que respeita às informações de enquadramento da situação actual. Focalizam-se no estado actual e dão aso a dúvidas e esquecimentos de informações que se podem revelar cruciais para a resolução de necessidades actuais ou futuras, mantendo-se premente a diminuição das variações deste processo (Bomba & Prakash, 2005).

ii) A planificação dos cuidados, através da **transmissão de intervenções mais prementes** e a **transmissão de alertas**;

*“...aquelas coisas que ainda tem que se fazer no turno, no turno a seguir.” (E1)*

*“...situações que tenham ficado pendentes.” (E9)*

*“...a ideia do que é mais importante na continuidade dos cuidados...” (E12)*

A percepção do estado do doente entre a equipa de saída e a equipa de entrada pode ser diferente. O estado clínico pode agravar-se durante a passagem de turno. Torna-se assim importante, de acordo com Friesen *et al* (2008), a transmissão de situações mais prementes como forma de providenciar uma rápida resposta, permitir soluções mais adequadas em conjunto e facilitar uma organização mais efectiva dos cuidados e do trabalho. E, em última, linha garantir a continuidade dos cuidados, tal como Perry (2004) descreveu.

iii) A existência de uma **estrutura da informação**, que deve ser padronizada, e, tendo em conta a utilizada, **pode ser melhorada**.

*“...a nível sistémico...” (E3)*

*“...o doente do mais geral para o mais específico.” (E10)*

*“...a folha de passagem de ocorrências que ajuda a orientar.” (E14)*

*“...a informação que é transmitida não segue bem um padrão.” (E3)*

*“...que tenha alguma estrutura...” (E8)*

*“...uma sequência que seja transversal a todos os doentes...” (E9)*

*“...ter uma sequência lógica na passagem dos doentes.” (E16)*

*“...a informação deve ser adequada ao paciente.” (E11)*

A utilização de estruturas de informação padronizadas não é consensual e isto reflecte-se na percepção dos enfermeiros entrevistados. A linha a seguir na transmissão de informação, de acordo com a percepção dos enfermeiros, variou entre a organização sistémica (cefalo-caudal) da pessoa, apenas as necessidades alteradas, a estrutura definida pela folha de PT e houve mesmo duas referências que defendem que a informação deve ser adequada a cada doente. A estrutura para a transmissão das informações é também um ponto crítico da PT. Tal como Lally (1999) descreve, esta obedece à organização sistémica ou responde a uma organização clínica e logística (nome, idade, diagnóstico). Estas são as estruturas mais comuns e aceites entre a equipa. Também McKenna & Walsh (1997) defendem que a estrutura depende sobretudo das preferências pessoais e que estes profissionais enfatizam aspectos relacionados com factores pessoais ou actividades de vida do doente. Prevalece a focalização no modelo médico, que limita a descrição do doente a eventos físicos, acrescenta Scovell (2010).

iv) A **linguagem** utilizada deve respeitar algumas características tais como **precisão ou concisão, clareza, coerência e lógica;**

*“...clara...”* (E 7,11,16)

*“...concisa...”* (E 11,12,20)

*“...coerente...”* (E 6,11)

*“...lógica e (...) sucinta...”* (E6)

*“...simples (...) com poucas palavras...”* (E16)

Neste sentido, Sexton *et al* (2004) afirmam que, a informação transmitida pode ser irrelevante, repetitiva, especulativa ou duplicada de outras fontes de informação. Os mesmos autores concluíram também, através da observação da passagem de turno, que uma grande percentagem das informações transmitidas poderiam ser obtidas nos registos clínicos. E que, alguns dos relatórios efectuados na passagem de turno promovem a confusão. Outro estudo, conduzido por Lamond (2000), concluiu que existem desfasamentos entre a informação transmitida e aquela que é registada. Este facto impede a clarificação e o esclarecimento de dúvidas, sobretudo, porque para além de juízos de natureza psico-social sobre o doente, todas as restantes informações podem ser obtidas a partir dos registos clínicos (Lamond, 2000; Sexton, Chan, Elliott, Stuart, Jayasuriya, & Crookes, 2004).

v) As **informações transmitidas são deficientes, de difícil compreensão**, não entendem as mensagens transmitidas, com **formas e conteúdos variáveis** e é **dispersa ou irrelevante**.

*“...eu penso que é uma coisa e afinal é outra...”* (E5)

*“A clareza, apesar de todos, supostamente, usarmos uma linguagem comum nem sempre é feita entre nós da melhor maneira.”* (E17)

*“Depende também de cada enfermeiro que passa.”* (E17)

*“...a informação verbal, às vezes há alguma que se perde.”* (E13)

*“...informações que são completamente irrelevantes.”* (E7)

*“...e perde-se mais tempo a passar a informação.”* (E10)

*“...que a informação passada nunca é excessiva.”* (E14)

Esta percepção resulta dos outros problemas de comunicação já identificados e que são coincidentes com o referido em 1994, por Bosek & Fugate. A congruência da informação transmitida com o estado clínico do doente constitui outra limitação da PT. Já em

1988, Richard demonstrou que havia omissão de informações reportadas. E, para Priest (2000) é importante que a comunicação reflecta descrições objectivas sobre a condição do doente. Para Andrade *et al* (2004), muitas vezes, os enfermeiros não dispõem de informações fiáveis para conhecer a situação e planear os cuidados ao doente. Os profissionais assumem o turno sem o mínimo de informação necessária para se enquadrarem no ambiente (Andrade, Vieira, Santana, & Lima, 2004). Em suma, Arora *et al* (2005) concluíram que as falhas da PT são sobretudo caracterizadas por omissões de conteúdo ou falhas no processo de comunicação das informações.

### Objectivo III - Pontos fortes e limitações

Este objectivo foi definido apenas para a segunda fase do estudo. Assim, de acordo com a percepção dos enfermeiros entrevistados, estes referiram como pontos fortes ou vantagens do processo de passagem de turno no qual participam:

#### a) A partilha de experiencia

*“...partilha de experiencias entre os profissionais.” (E1)*

*“...tirar dúvidas, partilha de informação e conhecimentos.” (E20)*

#### b) Os momentos de reflexão, de discussão do plano de cuidados de Enfermagem e de formação

*“... os momentos de reflexão” (E1)*

#### c) A continuidade dos cuidados

*“... exactamente para a continuidade de cuidados...” (E5)*

*“Permite que haja continuidade de cuidados.” (E13)*

#### d) A folha de PT utilizada

*“...temos a folha da passagem de turno.” (E4)*

*“Utilizamos uma folha de passagem de turno.” (E5)*

#### e) A partilha de responsabilidade

*“... para além de ter uma noção global de todos os clientes que estão internados no serviço.” (E8)*

*“... o conhecimento geral dos doentes que nós vamos encontrar.” (E9)*

#### f) As actividades de gestão das unidades orgânicas

*“Facilita bastante a questão da organização de quem vai entrar, não só clínica” (E9)*

**g) A proximidade ao doente**

*“Poder realmente chegar ao problema do doente, chegar ao doente em termos de empatia, conseguir perceber-lo, conseguir ajuda-lo.” (E10)*

*“...para que o doente também se sinta que já é conhecido.” (E16)*

**h) A promoção de segurança**

*“... sabermos o que falta fazer, muitas vezes ficam coisas pendentes do turno anterior” (E5)*

*“... para conhecer que riscos é que o doente corre e para nós estarmos atentos e evitar esses riscos” (E15)*

*“... promover a segurança do doente.” (E 16,19)*

No que concerne a oportunidades de melhoria, as opiniões são consistentes com as informações quantitativas resultantes da observação e são transversais à equipa. Assim, a partir da entrevista desenvolvida na segunda fase do estudo, foi possível determinar como principais preocupações dos enfermeiros os seguintes factores:

**1. O excesso de informação**

*“... alargamo-nos mais sobre outros aspectos que se calhar não são tão importantes.” (E4)*

*“Podíamos não passar tanta informação que é desnecessária.” (E6)*

*“... pensar quais os pontos em poderemos cortar, quais as coisas que são menos relevantes e que poderíamos tirar.” (E16)*

*“... tornar a informação mais concisa e mais exacta possível.” (E20)*

Apesar da percepção de que existe excesso de informação apenas metade dos enfermeiros entrevistados, consideram a informação necessária acessível ou totalmente acessível durante a PT. Este factor deve-se à necessidade de melhoria da estrutura da informação. Estes resultados estão em linha com Sexton *et al* (2004), que concluíram que o desafio é o de comunicar informações relevantes e actualizadas, que não se repitam noutros documentos, como o plano de cuidados de enfermagem ou o processo clínico, diminuindo o tempo dedicado às transmissões.

Relacionado com estes resultados, a maior parte da informação é considerada irrelevante pela maioria dos enfermeiros. Este facto está de acordo com Parker *et al* (1992) e Sexton *et al* (2004). Também importante (sobretudo quando atendemos à juventude quer da equipa, quer da amostra de entrevista), para a melhoria geral da

informação transmitida, é o facto de os enfermeiros terem considerado que a experiência profissional é relevante na qualidade da transmissão da passagem de turno realizada. A este propósito, Engesmo & Tjora (2006) descrevem que a informação pertinente é uma medida subjectiva, divergente entre os profissionais, dependente da experiência geral, do conhecimento do doente e das preferências individuais.

## 2. O tempo consumido

*“...as passagens de turno já são bastante longas...” (E4)*

*“O doente naquele momento está ligeiramente em standby, também não pode estar durante muito tempo (não é?) porque estamos a passar o turno.” (E7)*

*“... é uma passagem de turno muito demorada, não podemos estar uma hora sem ver os doentes.” (E10)*

*“...alonga a passagem de turno e torna-se cansativo.” (E15)*

Como descrito e percebido pelos enfermeiros o tempo é uma limitação. Nas questões dedicadas a este factor, a opinião dos enfermeiros entrevistados é dispersa. Quanto ao tempo previsto para esta actividade (00h:30m), metade considerou-o muito reduzido ou reduzido, mas a outra metade, não considera o tempo disponibilizado para a PT uma limitação. Uma razão para esta divisão é o facto de estes profissionais encontrarem outras causas para a duração média da PT se prolongar além do tempo definido, por exemplo o volume de trabalho. Algumas enfermarias podem transferir ou dar alta entre 40 a 70% dos seus doentes todos os dias, de acordo com Hendrich *et al* (2004); o que, a par de um igual volume de admissões, pode revelar-se caótico no momento de passagem de turno.

Quando questionados quanto à duração da PT, a percepção dos enfermeiros é de que, em média, duram bastante ou demasiado tempo. Estes resultados são paralelos às conclusões de estudos que focaram este problema, tais como Bosek & Fugate (1994), Meißner *et al* (2007), O’Connell *et al* (2009). De acordo com Andrade, *et al* (2004) esta dificuldade é uma realidade vivenciada pela enfermagem e que interfere significativamente na operacionalização e organização do serviço, com repercussão directa nos cuidados ao doente.

Parece clara a relação do tempo excessivo com a quantidade de informação transmitida. De acordo com O’Connell *et al* (2009), reduzir a quantidade de informação transmitida pode conduzir à redução do tempo de passagem e permitir aos enfermeiros dedicar mais tempo a outros cuidados ao doente ou a actividades de formação. Esta redução permite evitar a perda de concentração e evita a transformação desta actividade crítica numa tarefa entediada, tal como descreveu Cahill (1998). Mais, Sexton *et al* (2004) identificou atrasos de 7 minutos na resposta à chamada do doente,



devido à passagem de turno. De acordo com Scovell (2010), este evento não deve prevalecer a eventos urgentes prévios. Contudo, se houver displicência e não se impuser uma cultura de rigor face a esta actividade pela equipa de saída ou permitir-se o atraso da equipa seguinte, prolonga-se o tempo e prevalece a frustração face a uma transmissão de qualidade.

### 3. A estrutura da informação

*“... ser delineado melhor quais os aspectos que são mais importantes na passagem de turno.” (E3)*

*“... tem que ser estruturada, objectiva, clara que permita que não haja dúvidas na continuidade...” (E7)*

*“... isto é como aquele jogo do telefone estragado, portanto a informação vai passando e quando chega ao fim a informação está alterada.” (E14)*

*“... deveria melhorar é no que escolher passar, a informação passada na passagem de turno.” (E20)*

Esta limitação foi amplamente abordada nesta discussão. O reflexo desta percepção é a opinião da maioria dos enfermeiros de que a informação é estruturada de forma divergente ou muito divergente. Isto vem dar consistência a expressão comum de falta de estrutura, organização ou gestão caótica dos diversos conjuntos de dados, que assistem a totalidade de informações transmitidas.

O desenvolvimento de orientações normativas, guiões, directrizes ou instrumentos formais que definam os dados do doente, pertinentes na comunicação de informação durante a passagem de turno, é uma solução descrita. Salienta-se O’Connell *et al* (2009), as quais afirmam que desta forma poderíamos garantir mais coerência e organização às informações e conferir mais eficiência ao processo. Além disto, racionalizar os recursos adstritos e diminuir as variações de estrutura da informação transmitida (Richard, 1988; Meißner, Hasselhorn, Estry-Behar, Ne’zet, & Pokorski, 2007; Scovell, 2010). As autoras Jorm *et al* (2009), apontam como caminho o conceito de padronização flexível. Embora possa parecer contraditório, afirmam que as equipas clínicas descobriram que quer a flexibilidade, quer a padronização, são essenciais. Isto pode significar a implementação de um conjunto de dados mínimos, como o modelo SBAR (Haig, Sutton, & Whittington, 2006). No entanto, ainda de acordo com Jorm *et al* (2009), esta estruturação deve dar lugar à personalização, para garantir que o modelo atende às necessidades específicas e contextuais dos diferentes locais clínicos. Mais uma vez prevalece o modelo SBAR, já validado em diferentes realidades (Velji, et al., 2008).

#### 4. O processo de comunicação

*“... para não estarmos uns de costas para os outros...” (E4)*

*“...no fim já estamos tão cansados que já não conseguimos ouvir tudo o que é importante.” (E10)*

*“...acho que a concentração nesse momento deve ser máxima.” (E12)*

Para além do problema “o que se diz” durante a passagem de turno, os enfermeiros reconhecem outro problema, igualmente relevante: “como se diz”. As dificuldades enfrentadas pelos enfermeiros, descritas por Andrade *et al* (2004), foram a ausência de comunicação directa, a falta de clareza dos registos, o pouco tempo dispensado para a passagem de turno, a superlotação nos serviços, a documentação insuficiente, os atrasos de colegas, a sobrecarga de supervisão e a não valorização da passagem de turno. Estes autores consideraram que todos estes problemas, genéricos ao processo de passagem de turno, interferem na forma como os profissionais comunicam. Além disto, este factor é muito dependente das competências de comunicação interpessoal dos profissionais (Bomba & Prakash, 2005), bem como dos seus conhecimentos e experiência.

No mesmo estudo, sobre as implicações das falhas de comunicação na passagem de turno, Andrade *et al* (2004) afirmam que apenas uma minoria dos enfermeiros referiram não terem problemas durante a passagem de turno que interfiram na continuidade dos cuidados.

#### 5. O espaço destinado à reunião das equipas

*“...não temos um sítio para apoiar e para escrever.” (E5)*

*“...cadeiras, mesas em que toda a gente pudesse estar confortável durante esse tempo de passagem.” (E6)*

*“...era muito bom, se calhar, ter uma mesa onde todos se sentassem e todos olhassem uns para os outros.” (E16)*

*“...um espaço mais privado,(...), ponto para haver uma maior estabilidade dentro daquela sala.” (E17)*

Os dados quantitativos demonstram que este espaço não serve em plenitude as necessidades de comunicação do processo de PT. A maioria dos enfermeiros considerou o espaço inadequado e, frequentemente, existiram enfermeiros em pé durante a PT, nomeadamente da equipa de entrada. A falta de comunicação face a face tem também uma relação factual com o espaço.

Estes resultados estão em sintonia com Pirolo e Chaves (2002), que afirmam que o indicador disposição espacial colide com um requisito básico que caracteriza um grupo,

o seu tamanho. Este não pode exceder um certo limite, de forma a que não ponha em risco a comunicação visual, auditiva e verbal entre os seus elementos. Isto implica que, além dos objectivos em torno da tarefa, o grupo deve ter em conta a estabilidade do espaço (local das reuniões), o tempo de duração das reuniões, os procedimentos normativos e outras variáveis equivalentes que delimitam e normalizam a actividade colectiva proposta.

## 6. As interferências

*“Não deveríamos ser interrompidos tantas vezes...”* (E6)

*“...há algumas interferências porque quando o telefone toca...”* (E17)

*“Somos várias vezes interrompidos...”* (E18)

*“As interferências que existem do exterior para a passagem de turno...”* (E18)

É unânime o facto de as interrupções serem a mais frequente causa de insatisfação dos profissionais em relação à PT (Meißner, Hasselhorn, Estryn-Behar, Ne’zet, & Pokorski, 2007; Scovell, 2010). De acordo com a observação realizada, todas as PT sofreram interferências. As mais comuns são as interrupções por solicitações dos doentes. Além destas, que podem ser entendidas com mais naturalidade, prevalecem as interrupções por solicitações por parte de familiares e visitas e as solicitações por outros membros da equipa de saúde (auxiliares de acção médica, médicos e administrativos). Uma possível causa para estas ocorrências prende-se com o facto de, apenas numa pequena percentagem das passagens de turno observadas, estar presente um enfermeiro da equipa de saída fora da sala de passagem de turno, para atender as solicitações.

Outro tipo de interferências frequentes corresponde ao designado por “motivos diversos”. Estes correspondem a interferências como o telefone da sala, os telefones pessoais ou indisposições pessoais. Igualmente expressivas, mas de menor impacto para a transmissão do doente, foram as interrupções para discussão entre a equipa do quadro clínico ou do plano de cuidados de enfermagem que, de acordo com a observação efectuada, ocorreram na maioria das passagens de turno.

As interrupções observadas e relatadas pelos enfermeiros são um aspecto determinante na qualidade da PT. Tal como foi descrito por O’Connell & Penney (2001) e Clemow (2006), as interrupções durante a PT repercutem-se quer no tempo gasto, quer sobretudo na falta de atenção dos profissionais, aumentando a potencial perda de qualidade das informações. Uma das soluções apontadas por O’Connell *et al* (2009) para este problema é o destacamento de um ou dois profissionais (da equipa de saída) responsáveis por assegurar os cuidados aos doentes durante a PT.

Para além dos aspectos referidos anteriormente, outros foram ainda apontados de acordo com a percepção dos enfermeiros entrevistados, tais como:

- A promoção de formação sobre o processo de transmissão

*“...podemos apostar um pouco mais na formação.” (E2)*

Os profissionais, de acordo com Nestel & Kidd (2006), reconhecem a aquisição de competências comunicacionais como uma oportunidade de formação. A comunicação durante a passagem de turno não é formalmente ensinada nas escolas sendo sobretudo desenvolvida entre pares, no contexto da prática diária (Borowitz, et al., 2008; Scovell, 2010). Segundo a AMA (2006), é crucial uma atenção sistémica e individual às necessidades de formação, apoio, promoção e esforço contínuo para garantir que a comunicação mantém uma posição de importância, num dia já cheio de trabalho. Mais, uma vez, outros autores referem o exemplo de outras indústrias de alto risco, na prevenção da descontinuidade (Catchpole, et al., 2007; Arora, Johnson, Meltzer, & al., 2008).

- A existência de um quadro de doentes

*“O espaço físico deveria ter... não só na folha de passagem, mas um quadro.” (E6)*

O quadro (branco) é descrito por diversos autores como uma ferramenta tradicional de baixa tecnologia, baixo custo, baixa manutenção, que pode ser um meio eficiente para documentar o estado do doente e o seu progresso (Riley, Forsyth, Manias, & Iedema, 2007; Xiao, Schenkel, Faraj, Mackenzie, & Moss, 2007). Segundo Chaboyer *et al* (2009), pode ajudar na conclusão atempada das actividades de prestação de cuidados ao doente, melhorar a comunicação e o trabalho em equipa, tanto intra como interdisciplinar. Assume-se aqui, uma promissora oportunidade de aperfeiçoamento do sistema de informação Soarian®, para que a Organização hospitalar em estudo, possa desenvolver uma aplicação informática que responda a um quadro (branco) digital, com informação em tempo real e que sirva quer as características dos quadros tradicionais, quer o suporte de comunicação durante a PT, tal como descrevem Frieze *et al* (2008).

- A consciencialização da equipa e Organização da importância da PT

*“...as pessoas não dão o valor suficiente à passagem de turno.” (E6)*

Claramente, há uma necessidade de desenvolvimento de trabalho nesta área, especialmente se dirigirmos a nossa atenção aos diversos interfaces de relação entre enfermeiros e o contexto clínico e Organizacional, em acordo com o que descrevem Johnson & Arora (2009). A passagem de turno não deverá parar a prestação de cuidados, devendo a articulação entre toda a equipa constituir um contributo de sucesso.

- O aperfeiçoamento da folha de PT

*“...o documento escrito podia ter mais informação...” (E14)*

A utilização de folhas de passagem de turno pré-imprimidas foi identificada como um elemento facilitador da comunicação, uma garantia de acesso a informações actualizadas e um contributo essencial para a continuidade dos cuidados (Miller, 1998; Pothier, Monteiro, Mooktiar, & Shaw, 2005). Mas devido ao seu carácter informal e “artesanal”, de acordo com Hardey *et al* (2000), a sua elaboração facilmente é eliminada em momentos de acumulação de trabalho. Portanto, em linha com o desenvolvimento de uma estrutura de informação, a folha de passagem de turno configura-se como um facilitador da continuidade das informações e um recurso privilegiado na melhoria deste processo. Mais, alguns autores defendem que este instrumento promove o acesso a informações actualizadas e diminui o recurso à memória para a transmissão e para a organização do trabalho, o que aumenta a probabilidade de erro (White, 2004; Gosbee & Gosbee, 2005).

- A definição da presença de um enfermeiro fora da PT

*“...presença de um enfermeiro fora da passagem de turno (...)era importante para esse ficar destinado a resolver problemas que possam ocorrer durante a passagem.” (E17)*

As unidades orgânicas devem estruturar o trabalho e os trabalhadores de forma a integrar a passagem de turno e minimizar a ocorrência de interrupções durante as mudanças de turnos. Ainda neste contexto específico, o pessoal auxiliar não deve deixar a enfermaria até que a passagem de turno esteja concluída, para garantir que os telefones são atendidos, que é dada uma resposta oportuna às campanhas de chamada, para que os enfermeiros possam concretizar uma transmissão eficaz e eficiente, de acordo com o descrito por Jorm *et al* (2009).

#### **Objectivo IV - A influência da PT na segurança do doente**

O desafio para a melhoria da passagem de turno é o de identificar métodos e implementar estratégias que permitam o fluir da informação e protejam a sua dissipação (Anthony & Preuss, 2002), prevenindo perda de informações clínicas importantes. Facilitar a comunicação é um factor crítico na promoção da segurança do doente, uma vez que a PT entre enfermeiros é uma actividade multifacetada (Kelly, 1999; Manias & Street, 2000; Kerr, 2002). A segurança promovida pela passagem de turno resulta de uma transferência correcta e segura das informações. Mas os contributos resultam também dos momentos de discussão e reflexão sobre os doentes instáveis; do lembrar a procura de resultados pendentes; da possibilidade de

envolvimento do doente no seu cuidar (quer pela sua integração na passagem de turno, quer pela adequação à individualidade); como descreve Cameron (2005) e tal como foi reconhecido pelos enfermeiros entrevistados, ao longo da discussão realizada.

Mas, a respeito deste objectivo, foram ainda integrados na primeira fase do estudo (observação) os seguintes pontos:

1. Preocupação por parte do enfermeiro de saída, em avaliar o conhecimento ou a familiaridade dos seguintes;
2. A responsabilização directa do enfermeiro seguinte pelas intervenções pendentes ou alertas prementes;
3. A transmissão directa e pessoal destas situações pendentes;
4. A manifestação de falta de competências;
5. A partilha de dificuldades vividas durante o turno;
6. A discussão e reflexão sobre o quadro clínico;
7. A discussão e reflexão sobre o plano de cuidados de enfermagem;
8. O envolvimento do doente na transmissão da informação e responsabilidades;

Em relação a este aspecto, foi possível observar que existe frequentemente a preocupação por parte do enfermeiro de saída, em avaliar o conhecimento ou a familiaridade dos seguintes com cada doente. Mas raramente foi possível observar a responsabilização directa do enfermeiro seguinte pelas intervenções pendentes ou alertas prementes. Sobretudo, porque raramente se procede à atribuição prévia dos doentes ao enfermeiro responsável seguinte. Também foi comum durante a PT a falta de transmissão directa e pessoal destas situações pendentes, originando uma diluição das responsabilidades (Sherlock, 1995).

A atribuição prévia dos doentes ao enfermeiro responsável seguinte colide com a gestão do volume de trabalho. Contudo, devem ser desenvolvidos esforços no sentido de assegurar a responsabilização directa entre o enfermeiro de saída e o seguinte, em consonância com o defendido por Johnson & Arora (2009). De acordo com diversos autores, cabe ao enfermeiro chefe de equipa garantir a continuidade da responsabilização, sobretudo no que respeita a acções ou intervenções prementes e/ou pendentes (Arora, Johnson, Meltzer, & al., 2008; O'Connell, MacDonald, & Kelly, 2009).

Para além destas falhas, relacionadas com a transmissão das informações que afectam a segurança do doente, foi possível observar que os enfermeiros raramente manifestam a sua falta de competências, mas mais facilmente partilham dificuldades vividas durante o turno face a problemas específicos. Estes resultados estão de acordo com o descrito por Kerr (2002) e Sexton *et al* (2004). No mesmo sentido de promoção da segurança, podemos observar que foram comuns os momentos de discussão e reflexão sobre o quadro clínico e, que em menor número surgiram os planos de cuidados de

enfermagem. A discussão, como já vimos, constitui uma das causas de interrupção da PT, mas é benévola para o processo de cuidar (JCHAO, 2005).

Importante ainda, é reflectir sobre o facto de que em nenhuma passagem de turno foi possível observar qualquer manifestação ou referência relacionada com o possível envolvimento do doente na transmissão da informação e responsabilidades. Esta prática engloba o doente no seu processo de cuidar, permitindo que ele interaja com os enfermeiros no que respeita à sua situação de saúde, à sua segurança e igualmente importante, à sua satisfação para com a Organização (Santos & Ferreira, 2004).

Estes dados foram complementados pelas entrevistas realizadas na segunda fase. Em relação à influência da passagem de turno na segurança do doente, a percepção dos enfermeiros permitiu as seguintes considerações.

A maioria dos entrevistados considerar-se insatisfeita com o processo de passagem de turno. E, quando questionado sobre a qualidade das passagens de turno que estes enfermeiros integram, a grande maioria considera-se pouco satisfeita. Os enfermeiros, apesar da manifesta importância, não sentem neste processo total satisfação. Esta insatisfação com a falta de qualidade do processo de PT está de acordo com O'Connell *et al* (2009), que relacionam este facto sobretudo com a informação. O principal factor descrito de de insatisfação e desacreditação das passagens de turno são as informações omitidas ou precárias, ou ainda o seu desconhecimento (Richard, 1988; O'Connell & Penney, 2001). Para Andrade *et al* (2004), os profissionais assumem o turno sem o mínimo de informação necessária para integrá-los no ambiente. A percentagem de insatisfação com a passagem de turno está de acordo com os resultados de Meissner *et al* (2007), no estudo desenvolvido entre enfermeiros europeus. Estes autores concluíram que o principal motivo de insatisfação está relacionado com as interferências e a falta de tempo destinado à PT.

## V - Limitações do estudo

É ainda relevante dar atenção a algumas limitações metodológicas e reservas que se impõem na interpretação dos resultados obtidos e nas conclusões que deles advém. As PT observadas comportavam mais do que tarefas e vão além da simples transmissão de informações. Este facto, já descritos, é suportado por diversos autores (Monahan, et al, 1988; McMahon, 1990; Parker, et al, 1992; Wiltshire & Parker, 1996; Kennedy, 1999; Hopkinson, 2002; ACSHQC, 2005; Johnson & Arora, 2009), que descrevem a complexidade do fenómeno das passagens de turno em geral e da PT entre

enfermeiros em particular. Existe um conjunto de actividades interligadas e paralelas, além da passagem de informações, que envolve a socialização, a descompressão ou a integração na cultura da equipa e Organização.

Por outro lado, decompor os discursos, obtidos através das entrevistas, em categorias discretas faz com que muito do contexto implícito e profundo seja perdido. Apesar desta reconhecida riqueza de dados, este estudo baseou-se na análise de conteúdo para codificar informações com a finalidade de explorar o conteúdo explícito (Sexton, Chan, Elliott, Stuart, Jayasuriya, & Crookes, 2004).

Este estudo descreve uma realidade específica de um serviço de internamento médico-cirúrgico de um hospital privado. Este contexto é pouco representativo da realidade Portuguesa e não permite a generalização dos resultados. São necessárias mais abordagens a contextos diferentes quer com o mesmo nível de complexidade de organização, quer a diferentes configurações de interfaces entre equipas de enfermagem. Também o facto de o investigador ser elemento integrante da equipa de enfermagem em estudo, pode resultar no enviesamento do mesmo. Contudo, o conhecimento privilegiado deste processo passagem contribui para uma descrição mais fiável.



## 9. Projecto de intervenção Organizacional

A melhoria da comunicação é reconhecida como uma das áreas da segurança do doente mais carente de conhecimento. São já conhecidas algumas iniciativas que visam implementar maior efectividade e eficiência nas transferências de informação e responsabilidade. Contudo, existe ainda um longo caminho a percorrer, sobretudo no que diz respeito à complexidade do trabalho em Organizações de saúde. E olhar para o carácter multifacetado da PT entre enfermeiros, a par das características culturais e regionais, impõe-se a necessidade de soluções que visem dar respostas únicas e personalizadas a um problema global.

Com o intuito de operacionalizar o trabalho desenvolvido no estudo e conhecimento da PT, e com base na literatura abordada e nos resultados obtidos faz-se uma reflexão crítica sobre algumas atitudes e medidas com vista à possível melhoria do processo de PT no SIMC-3HA.

A curto prazo, e de fácil implementação, sugere-se a mobilização de um enfermeiro da equipa de saída fora da sala PT. Este factor pode ser crucial para uma rápida mudança na melhoria da efectividade e eficiência da PT. Esta medida permite criar maior estabilidade dentro da sala de reuniões onde decorre a PT, com as dedutíveis vantagens para a comunicação (Friesen, White, & Byers, 2008).

A qualidade da liderança é um elemento fundamental para uma Organização bem sucedida, o que inclui o desempenho durante a PT (Meißner, Hasselhorn, Estryn-Behar, Ne'zet, & Pokorski, 2007). O papel do chefe de equipa é considerado determinante pelos enfermeiros no sucesso da PT. Assim, estes apresentam-se como alvo principal para um programa de desenvolvimento de competências de comunicação. Esta oportunidade é tanto mais válida quanto é reconhecida a lacuna de formação dos profissionais face a temas fulcrais como a comunicação, a importância da PT, uma cultura de responsabilidade e a influência na segurança do doente. Ainda mais, porque estes assumem-se como agentes de dispersão de conhecimento e mudança pelos restantes elementos no sentido da melhoria da comunicação em geral e da PT entre enfermeiros em particular. Uma liderança melhor conduzirá a PT com mais qualidade (Meißner, Hasselhorn, Estryn-Behar, Ne'zet, & Pokorski, 2007)

Outro ponto crítico, carente de mudança é a estrutura da informação. Nesta área impõe-se a criação de um grupo de trabalho, que defina as prioridades e decida a

adopção ou criação de um instrumento estruturante para a transmissão de informação. Só após a definição clara de uma estrutura para as informações, adaptada às necessidades de trabalho desta unidade orgânica específica, será possível avançar para alterações mais profundas e fiáveis com vista à resolução de questões como a falta de clareza, o excesso ou a omissão de informações, com possível repercussão, por exemplo, no tempo excessivo.

Este trabalho pode revelar-se tanto mais importante quanto a atenção da Organização para este processo como uma oportunidade de melhoria, mas sobretudo de inovação. Assim, face às possibilidades de desenvolvimento do sistema de informação, impõem-se como uma solução futura, o desenvolvimento de um modelo de passagens de turnos global à organização de forma automática com uma base informática (Mikkelsen & Aasly, 2001; Cheah L. , Amott, Pollard, & Watters, 2005). Este projecto de longo prazo inclui a disponibilização de informação crucial para os diversos profissionais em diversas plataformas. Isto é, ambiciona-se a criação automática, a partir de registos clínicos completos, de relatórios que sirvam de base às transferências. Estes relatórios podem surgir quer em forma de folha de PT, quer em forma de quadro clínico onde estão resumidos as principais informações, mas sobretudo alertas e tarefas pendentes, como por exemplo o estado e os resultados de exames. Bem como, podem ser configurados diferentes perfis e situações que sirvam não apenas a PT entre enfermeiros, mas também outras classes profissionais. Pode também servir diferentes momentos do atendimento clínico, como as transições temporárias para áreas de diagnóstico ou tratamento. Também os momentos de transferência entre instituições podem ser melhorados. Nesta área existe já a possibilidade de imprimir um relatório de alta de enfermagem, que contém as avaliações por escalas realizadas por enfermeiros.

As oportunidades de melhoria são amplas quer no âmbito, quer nas possibilidades de ganho de eficiência e eficácia dos processos de trabalho em geral. Impõe-se assim, a disseminação do conhecimento entre as equipas e a organização. A par de uma cultura de valorização e melhoria da qualidade e da segurança do doente, pela promoção da comunicação, todos podem obter benefícios; os profissionais, pela agilidade de um processo desprezado e entediado; a Organização, pelos ganhos dos profissionais e pelo impacto da inovação; os doentes, que têm a garantia de continuidade do tratamento, adequado às suas necessidades e com a qualidade ambicionada face às suas necessidades, sempre num ambiente seguro.

## 10. Conclusão - súmula conclusiva

As organizações de saúde em geral, e os hospitais em particular, são organizações complexas compostas por pessoas, cuja interacção aumenta a sua complexidade. Actualmente, contabilizam-se mais tecnologia, mais profissionais e mais serviços de apoio que estão envolvidos no cuidado aos doentes. As instituições de cuidados enfrentam problemas de coordenação e comunicação das informações necessárias para um atendimento clínico eficaz, eficiente e abrangente da condição humana que servem. Dentro destas condições, as “transmissões” da prestação de cuidados ao doente têm sido um constante problema dentro do sector da saúde. O processo continua a ser altamente variável e constitui uma ameaça à segurança dos doentes.

A PT deve ser vista como um componente da prestação de cuidados de seguros e de qualidade, ao invés de trabalho extra, desnecessário. Uma boa transmissão dos cuidados pode evitar lapsos na continuidade dos cuidados. Os erros e os danos serão reduzidos quer os doentes estejam no hospital ou na comunidade, quer sejam submetidos a uma série de investigações ou em preparação para uma cirurgia, quer estejam em reabilitação ou no momento de morrer.

Perante os resultados, crê-se que este estudo venha proporcionar, como primeiro impacto, oportunidades para as organizações, os profissionais e os enfermeiros reflectirem sobre como a passagem de turno é desenvolvida na prestação de serviços e cuidados de saúde. De entre as dificuldades referidas na passagem de turno, emergiram a ausência de comunicação directa, a falta de clareza e objectividade das informações, o pouco tempo dispensado, a documentação insuficiente e a não valorização desta actividade. Estas dificuldades traduzem-se em perda de informações vitais, duplicação de exames, desconhecimento de informações sobre o turno anterior e omissão de informações sobre a gravidade dos doentes.

A informação assume-se como o principal factor carente de atenção e desenvolvimento. A falta de estrutura, de directrizes e orientações claras conferem a natureza aleatória e variável a este processo. Esta lacuna permite, em paralelo com a falta de competências de comunicação, que os enfermeiros oscilem entre o tudo e o nada, o que percebem como mais importante e que pode ser ou não relevante para a continuidade. A disponibilização de registos clínicos de qualidade, completos, com informações devidamente actualizadas e registadas são a base de passagens de turno

abrangentes e eficientes. Melhores registos clínicos vão reduzir o tempo de PT, aumentar a continuidade dos cuidados e garantir mais segurança.

Apesar de os enfermeiros terem conhecimento dos problemas, não conseguem implementar estratégias para a correcção destes, originando uma comunicação qualificada como insuficiente, carente de ajustes na sua operacionalização. A sistematização da comunicação é uma estratégia de melhoria nas relações interpessoais no ambiente de trabalho, no fortalecimento do trabalho de equipa e da identidade profissional, bem como, um instrumento facilitador da prestação de serviços de saúde e cuidados de enfermagem. Cabe aos profissionais reconhecerem que a PT é uma situação de alto risco e um elemento essencial do seu trabalho que promove a transmissão e continuidade da prestação de cuidados seguros aos doentes.

São necessários mais estudos para determinar uma estrutura abrangente e determinada sobre que informação inibe ou potencia o sucesso. É indubitável a influência na segurança do doente quer pela eficácia da PT, quer pela falta de clareza da informação. Clínicos e gestores precisam de estar conscientes que boas passagens de turnos necessitam de compreensão do seu propósito, liderança, atenção e tempo, de uma abordagem sistemática e de um ambiente clínico de apoio. Uma boa comunicação implica esforço e dedicação.

## Bibliografia

- Abreu, W. (1996). dinamicas de formatividade dos enfermeiros: subsído para um estudo ecológico da formação em contexto de trabalho hospitalar. *actas do VI colóquio nacional da secção portuguesa da AIPELF/AFIRSE*. Lisboa: AFIRSE Portuguesa, Faculdade de Psicologia e Ciencias da Educação, Universidade de Lisboa.
- ACSHQC. (2005). *Clinical handover and patient safety literature review report*. Obtido em Março de 2011, de Australian Council for Safety and Quality in Health Care: [http://www.health.gov.au/internet/safety/publishing.nsf/Content/AA1369AD4AC5FC2ACA2571BF0081CD95/\\$File/clinhovrlitrev.pdf](http://www.health.gov.au/internet/safety/publishing.nsf/Content/AA1369AD4AC5FC2ACA2571BF0081CD95/$File/clinhovrlitrev.pdf)
- ACSQH. (2009). *The OSSIE Guide to Clinical Handover Improvement*. Sydney: Australian Commission on Safety and Quality in Health Care.
- Agency for Healthcare Research and Quality. (2001). *Making Health Care Safer: A Critical Analysis of Patient Safety Practices*. Rockville, MD: Agency for Healthcare Research and Quality.
- Agency for Healthcare Research and Quality. (2003). *AHRQ's Patient Safety Initiative Building Foundations, Reducing Risk*. Rockville, MD: Agency for Healthcare Research and Quality.
- AHRQ. (2004). *Innovations Exchange*. Obtido em 2011, de AHRQ: <http://www.innovations.ahrq.gov/popup.aspx?id=1803&type=1&name=print>
- AHRQ. (2006). *PSNet Patient Safety Network*. Obtido em abril de 2011, de Agency for Healthcare Research and Quality: <http://psnet.ahrq.gov/glossary.aspx>
- AHRQ. (2006). *TeamSTEPPS. Team Strategies and Tools to Enhance Performance and Patient Safety: Pocket guide*. Rockville, MD: Agency for Healthcare Research and Quality.
- Almeida, J. F., & Pinto, J. M. (1976). *A investigação nas ciências sociais*. Lisboa: Presença.
- Alvarado, K., Lee, R., Christoffersen, E., Fram, N., Boblin, S., Poole, N., et al. (2006). Transfer of Accountability: Transforming Shift Handover to Enhance Patient Safety. *Healthcare Quarterly*, 75-79.
- AMA. (2006). *safe handover : safe patients. guidance on clinical handover for clinicians and managers*. Kingston: Australian Medical Association.

- Anderson, M., & Helms, L. (1995). Communication between continuing care organizations. *Res Nurs Health*, 49-57.
- Anderson, M., & Helms, L. (1998). Extended care referral after hospital discharge. *Res Nurs Health*, 385-394.
- Anderson, M., & Helms, L. (2000). Talking about patients: Communication and continuity of care. *J Cardiovasc Nurs.*, 15-28.
- Anderson, M., & L., H. (1993). Home health care referrals following hospital discharge: Communication in health services delivery. *Hosp Health Serv Adm.*, 537-555.
- Andrade, J., Vieira, M. J., Santana, M. A., & Lima, D. (2004). A comunicação entre enfermeiros na passagem de plantão. *Acta Paulista de Enfermagem*, 311-315.
- Anthony, M., & Preuss, G. (2002). Models of care: The influence of nurse communication on patient safety. *Nurs Econ.*, 209-215.
- Arora, et al. (2005). Communication failures in patient sign-out and suggestions for improvement: a critical incident analysis. *Qual Saf Health*, 401-407.
- Arora, V. M., Johnson, J. K., Meltzer, D. O., & al., e. (2008). A theoretical framework and competency-based approach to improving handoffs. *Qual Saf Health Care*, 11-14.
- Australian Council for Safety and Quality in Health Care. (2005). *Clinical handover and patient safety literature review report*. Obtido em Fevereiro de 2011, de Australian Council for Safety and Quality in Health Care: [http://www.health.gov.au/internet/safety/publishing.nsf/Content/AA1369AD4AC5FC2ACA2571BF0081CD95/\\$File/clinhovrlitrev.pdf](http://www.health.gov.au/internet/safety/publishing.nsf/Content/AA1369AD4AC5FC2ACA2571BF0081CD95/$File/clinhovrlitrev.pdf)
- Báez-Hernández, F. J., Nava-Navarro, V., Ramos-Cedeño, L., & Medina-López, O. M. (2009). El significado de cuidado en la práctica profesional de enfermería. *AQUICHAN*, pp. 127-134.
- Ballard, K. (Setembro de 2003). *Patient Safety: A Shared Responsibility*. Obtido em Abril de 2010, de Online Journal of Issues in Nursing: <http://www.nursingworld.org/MainMenuCategories/ANAMarketplace/ANAPeriodicals/OJIN/TableofContents/Volume82003/No3Sept2003/PatientSafety.aspx>
- Balsanelli, A. P., & Jericó, M. d. (2005). Os reflexos da gestão pela qualidade total em instituições hospitalares brasileiras. *Acta Paul Enferm.* 2005;18(4):397-402, 397-402.
- Bardin, L. (2008). *Análise de Conteúdo*. Lisboa: Edições 70.
- Barros, P. P. (Novembro de 1998). *Encontro "Qualidade em cuidados de saúde – avaliação e melhoria"*. Obtido em 10 de Fevereiro de 2010, de Pedro Pita Barros: <http://ppbarros.fe.unl.pt/My%20Shared%20Documents/rslvt.pdf>

- Bates, et al. (2009). Global priorities for patient safety research. *BMJ*, 338:b1775.
- Beach, C. (2006). *Agency for Healthcare Research and Quality Web Morbidity & Mortality Rounds*. Obtido em Março de 2011, de Lost in transition.
- Beach, C. (2006). *Quality Web Morbidity & Mortality Rounds*. Obtido em março de 2011, de Lost in transition: <http://webmm.ahrq.gov/case.aspx?caseID=116>.
- Behara, R., Wears, R., Perry, S., Eisenberg, E., Murphy, L., Vanderhoef, M., et al. (Fevereiro de 2005). *Advances in Patient Safety: From Research to Implementation*. Obtido em Dezembro de 2009, de Agency for Healthcare Research and Quality.
- Bell, J., & Pais, J. M. (1997). *Como realizar um projecto de investigação: um guia para a pesquisa em ciências sociais e da educação*. Lisboa: Gradiva.
- Bhabra, G., Mackeith, S., Monteiro, P., & Pothier, D. (2007). An experimental comparison of handover methods. *Ann R Coll Surg Engl*, pp. 298–300.
- BMA. (2005). *Safe handover: safe patients. Guidance on clinical handover for clinicians and managers*. Londres: British Medical Association.
- BMA. (2005). *Safe handover: safe patients. Guidance on clinical handover for clinicians and managers*. Londres: British Medical Association.
- Board on Health Care Services & Institute of Medicine. (2004). *National Academies Press*. Obtido em Abril de 2010, de Keeping Patients Safe: Transforming the Work Environment of Nurses.: [http://books.nap.edu/openbook.php?record\\_id=10851&page=R](http://books.nap.edu/openbook.php?record_id=10851&page=R)
- Bomba, D. T., & Prakash, R. (2005). A description of handover processes in an Australian public hospital. *Australian Health Review*, pp. 68–79.
- Borowitz, et al. (2008). Adequacy of information transferred at resident sign-out (inhospital handover of care): a prospective survey. *Qual Saf Health Care*, 6-10.
- Borowitz, S. M., Waggoner-Fountain, L. A., Bass, E. J., & Sledd, R. M. (2008). Adequacy of information transferred at resident sign-out (inhospital handover of care): a prospective survey. *Qual Saf Health Care*, 6-10.
- Bosek, M., & Fugate, K. (1994). Intershift report: A quality improvement project. *Medsurg Nursing*, 128–132.
- Botti, M., Bucknall, T., Cameron, P., Johnstone, M.-J., Redley, B., Evans, S., et al. (2009). Examining communication and team performance during clinical handover in a complex environment: the private sector post-anaesthetic care unit. *THE MEDICAL JOURNAL OF AUSTRALIA*, S157–S160.

- Brennan, T., LL, L., NM, L., L, H., AR, L., AG, L., et al. (1991). Incidence of adverse events and negligence in hospitalized patients. Results of the Harvard Medical Practice Study I. *New England Journal of Medicine*, 370–376.
- Bueno, M. (2001). Gestão pela Qualidade Total: Uma estratégia administrativa. *Centro de Extensão Pesquisa e Pós-Graduação do Centro de Ensino Superior de Catalão*.
- Cahill, J. (1998). Patient's perceptions of bedside handovers. *J Clin Nurs*, 351-359.
- Cameron, P. (2005). *Centre for Research Excellence in Patient Safety*. Obtido em Novembro de 2009, de Centre for Research Excellence in Patient Safety : <http://www.crepatientsafety.org.au/>
- Campbel, S., Roland, M., & Buetow, S. (2000). Defining quality of care. *Social Science & Medicine*, 1611-1625.
- Carapeto, C., & Fonseca, F. (2005). *Administração Pública – Modernização, Qualidade e Inovação*. Lisboa: Edições Sílabo, Lda.
- Caravantes, G. R. (1997). *Administração e Qualidade: a superação dos desafios*. São Paulo: Makron Books.
- Carmo, H., & Ferreira, M. (1998). *Metodologia da Investigação - Guia para a Auto-Aprendizagem*. Lisboa: Universidade Aberta.
- Carneiro, A. (2003). Análise de subgrupos em ensaios clínicos terapêuticos. In A. Carneiro, *Cardiologia baseada na evidência* (pp. 209-216). Lisboa: Sociedade Portuguesa de Cardiologia.
- Carneiro, A. V. (2010). O erro clínico, os efeitos adversos terapêuticos e a segurança do doente: uma análise baseada na evidência científica. *Revista Portuguesa de Saúde Pública*, 3-10.
- Carr, D. (2007). Case managers optimize patient safety by facilitating effective care transitions. *Prof Case Manag*, 70-80.
- Catchpole, K. R., Leval, M. R., Mcewan, A., Pigott, N., Elliott, M. J., Mcquillan, A., et al. (2007). Patient handover from surgery to intensive care: using Formula 1 pit-stop and aviation models to improve safety and quality. *Pediatric Anesthesia*, pp. 470–478.
- Chaboyer, W., Wallen, K., Wallis, M., & McMurray, A. M. (2009). Whiteboards: one tool to improve patient flow. *Medical Journal of Australia*, S137-S140.
- Chassin, M., & Becher, E. (2002). The wrong patient. *Ann Intern Med*, 826-33.
- Cheah, L., Amott, D. H., Pollard, J., & Watters, D. (2005). Electronic medical handover: towards safer medical care. 369–372.



- Cheah, L., Amott, D., Pollard, J., & Watters, D. (2005). Electronic medical handover: Towards safer medical care. *Med J Aust*, 369-372.
- Christian, C., Gustafson, M., & Roth, E. (2006). A prospective study of patient safety in the operating room. *Surgery*, 159-173.
- Clark, E., Squire, S., Heyme, A., Mickle, M.-E., & Petrie, E. (2009). The PACT Project: improving communication at handover. *MJA*, S125–S127.
- Clemow, R. (2006). Care plans as the main focus of nursing handover: Information exchange model,. *Journal of Clinical Nursing*, 1463–1465.
- Coiera, E., Jayasuriya, R., & Hardy, J. (2002). Communication loads on clinical staff in the emergency department. *Med J Aust.*, 415-418.
- Coleman, E., & Boulton, C. (2003). Improving the quality of transitional care for persons with complex care needs. *J Am Geriatr Soc*, 556-557.
- Collière, M. F. (1999). *Promover a vida : da prática das mulheres de virtude aos cuidados de enfermagem*. Lisboa: Sindicato dos Enfermeiros Portugueses.
- Costa, A. F. (2007). A pesquisa de terreno em sociologia. In A. S. Silva, & J. M. Pinto, *Metodologia das ciências sociais* (pp. 129-148). Porto: Edições Afrontamento.
- Crosby, P. (1979). *Quality is free*. Nova Iorque: Mentor/New American Library.
- Cunha, A. C. (1982). *Dicionário Entomológico da Língua Portuguesa*. Rio de Janeiro: Nova Fronteira.
- Currie, J. (2002). Improving the efficiency of patient handover. *Emergency nurse*, 24-27.
- D’Innocenzo, M., Adami, N. P., & Cunha, I. C. (2006). O movimento pela qualidade nos serviços de saúde e enfermagem. *Rev Bras Enferm*, 84-88.
- Daly, K., Beale, R., & Chang, R. (2001). Reduction in mortality after inappropriate early discharge from intensive care unit: Logistic regression triage model. *BMJ*, 1274-1276.
- Davis, M., Smith, A., & Tyler, S. (2005). Improving transition and communication between acute care and long-term care: A system for better continuity of care. *Annals of Long Term Care*, 25-32.
- Dayton, E., & Henriksen, K. (2007). Communication failure: basic components, contributing factors, and the call for structure. *Joint Commission Journal On Quality And Patient Safety/Joint Commission Resources*, 34-47.
- Deming, W. E. (1982). *Out of the crisis*. Cambridge, Massachusetts: Massachusetts Institute of Technology.

- Deming, W. E. (1990). *Qualidade: A Revolução da Administração*. Rio de Janeiro: Marques Saraiva.
- Department of Health [Western Australia]. (2007). *Delivering safer health care in Western Australia: WA sentinel event report 2006–2007*. Perth: Department of Health.
- Department of Human Services [Victoria]. (2007). *Sentinel event program: Annual report 2006–07*. Melbourne: Department of Human Services.
- Donabedian, A. (1997). The quality of care: How can it be assessed? *ProQuest Nursing Journals*, 1145-50; (Reprinted with Permission from JAMA September 23/30, 1988).
- Donabedian, A. (2001). La Calidad de la Atención Médica. *Revista Calidad Asistencial*, pp. S29-S38.
- Donabedian, A. (2001c). Epidemiología de la calidad. *Resvista Calidad Asitencial*, pp. S54-S62.
- Donabedian, A. (2005). Evaluating the Quality of Medical Care. *The Milbank Quarterly - Reprinted from The Milbank Memorial Fund Quarterly 1966*, 691–729.
- Dowding, D. (2001). Examining the effects that manipulating information given in the change of shift report has on nurses' care planning ability. *J Adv Nurs.*, 836-846.
- Dufault, M., Duquette, C., Ehmann, J., Hehl, R., Lavin, M., Martin, V., et al. (2010). Translating an evidence-based protocol for nurse-to-nurse shift handoffs. *Worldviews Evid Based Nurs*, 59-75.
- Dunn, W., & Murphy, J. G. (2008). The Patient Handoff. *CHEST*, pp. 9-12.
- Ebright, P., Urden, L., Patterson, E., & Chalko, B. (2004). Themes surrounding novice nurse near-miss and adverse-event situations. *J Nurs Adm*, 531-538.
- Emanuel, E., & Emanuel, L. (1996). What is accountability in health care? . *Ann Internal Med*, 229–39.
- Engesmo, J., & Tjora, A. (2006). Documenting for whom? A symbolic interactionist analysis of technologically induced changes of nursing handovers. *New Technology, Work and Employment*, 176-189.
- Estrela, A. (1994). *Teoria e Prática de Observação de Classes*. Porto: Porto Editora.
- Evanoff, B., Potter, P., Wolf, L., Grayson, D., Dunagan, C., & Boxerman, S. (2005). Can We Talk? Priorities for Patient Care Differed Among Health Care Providers. In K. Henriksen, J. B. Battles, E. S. Marks, & D. I. Lewin, *Advances in Patient Safety: From Research to Implementation (Volume 1: Research Findings)*. Rockville (MD): Agency for Healthcare Research and Quality (US).

- Evans, A., Pereira, D., & Parker, J. (2005). Discourses of anxiety in nursing practice: a psychoanalytic case study of the change-of-shift handover ritual. *Nursing Inquiry*, 15, 1,, 40-48.
- Evans, A., Pereira, D., & Parker, J. (2008). Discourses of anxiety in nursing practice: a psychoanalytic case study of the change-of-shift handover ritual. *Nursing Inquiry*, 15, 1,, 40-48.
- Fadel, M. A., & Filho, G. I. (2009). Percepção da qualidade em serviços públicos de saúde: um estudo de caso. *Revista de Administração Pública*, 07-22.
- Farley, M. (Dezembro de 1989). Assessing Communication in Organizations. *JONA*, pp. 27-31.
- Feigenbaum, A. V. (1961). *Total quality control*. Nova Iorque: McGraw-Hil.
- Ferreira, M. A., Pontes, M., & Ferreira, N. (2009). Cuidar em Enfermagem - a percepção dos utentes. *Revista da Faculdade de Ciências da Saúde*, pp. 358-366.
- Festas, C. (Março-Abril de 1999). Cuidar no 3º milénio. *Servir*, pp. 60-66.
- Flick, U. (2005). *Métodos qualitativos na investigação científica*. Lisboa: Monitor.
- Footitt, B. (1997). Ready for report. *Nurs Stand.*, 22-23.
- Forster, A. (2004). *gency for Healthcare Research and Quality Web Morbidity & Mortality Rounds: Discharge Fumbles*. . Obtido em Abril de 2011, de gency for Healthcare Research and Quality Web Morbidity & Mortality Rounds: <http://www.webmm.ahrq.gov/case.aspx?caseID=84&searchStr=Forster>.
- Fortin, M. F. (1999). *O Processo de Investigação da Concepção à Realização*. Loures: Lusociências.
- Fortin, M. F. (2009). *Fundamentos e etapas de processo de investigação*. Loures: Lusodidacta.
- Fragata, J. (2006). *Risco Clínico - complexidade e performance*. Coimbra: Edições Almedina.
- Fragata, J., & Martins, L. (2004). *O erro em medicina - perspectivas do individuo, da organização e da sociedade*. Coimbra: Edições Almedina.
- França, M. (2005). Qualidade e Segurança do doente na ordem do dia. *Revista Qualidade em Saúde*, 23-25.
- François, P., Peyrin, J., Touboul, M., Labarère, J., Reverdy, T., & Vinck, D. (2003). Evaluating implementation of quality management systems in a teaching hospital's clinical departments. *International Journal for Quality Health Care*, 47-55.

- Frank, G., Lawler, L., & Jackson, A. (2005). Resident miscommunication: Accuracy of the resident sign-out sheet. *J Healthc Qual.*
- Friesen, M. A., White, S. V., & Byers, J. F. (2008). Handoffs: Implications for Nurses. In R. Hughes, *Patient Safety and Quality: An Evidence-Based Handbook for Nurses*. (p. Capítulo 34). Rockville (MD): Agency for Healthcare Research and Quality .
- Friesen, M. A., White, S. V., & Byers, J. F. (Abril de 2008). *Patient Safety and Quality: An Evidence-Based Handbook for Nurses*. Obtido em Dezembro de 2009, de Agency for Healthcare Research and Quality: <http://www.ahrq.gov/qual/nursesdbk/>
- Gaba, D. M. (2004). The future vision of simulation in health care. *Qual Saf Health Care* , i2-i10.
- Gallotti, R. (2004). Eventos adversos – o que são? *Rev Assoc Med Bras*, 109-26.
- Gandhi, T. (2005). Fumbled handoffs: one dropped ball after another. *Ann Intern Med*, 352-8.
- Gandhi, T. K. (2005). Fumbled Handoffs: One Dropped Ball after Another. *Annals of Internal Medicine*, 352-358.
- Garvin, D. (1987). *Competing on the eight dimensions of quality*. Harvard: Harvard Business Review.
- Garvin, D. (1988). *Managing quality*. Nova Iorque: The Free Press.
- Gastal, F., & Leite, S. (1992). Prevenção e Assistência Psiquiátrica sob o enfoque da qualidade: uma contribuição à discussão científica do tema. . *Revista ABP-APAL v.14, n.4:* , 159-167.
- Gawande, A., Zinner, M., Studdert, D., & Brennan, T. (2003). Analysis of errors reported by surgeons at three teaching hospitals. *Surgery*, 614-621.
- Giarelli, G. (2002). “Le connessioni possibili: i sistemi di miglioramento della qualità. In C. al, *Valutare la qualità in sanità* (pp. 430-437). Milão: Angeli.
- Gil, A. (1989). *Métodos e Técnicas de pesquisa Social* (2.ª ed.). São Paulo: Atlas.
- Goldsmith, D., Boomhower, M., Lancaster, D., Antonelli, M., Kenyon, M., Benoit, A., et al. (2010). Development of a nursing handoff tool: a web-based application to enhance patient safety. *AMIA Annu Symp Proc*, 256-60.
- Gomes, P. J. (2004). A evolução do conceito de qualidade: dos bens manufacturados aos serviços de informação. *Cadernos BAD*, 6-18.
- Gorney, M. (2005). Communication and patient safety. In R. E. Anderson, *Medical Malpractice: A Physician's Sourcebook* (pp. 65-74). Totowa, New Jersey: Humana Press.

- Gosbee, J. (1998). Communication among health professionals. *BMJ*, 642.
- Gosbee, J., & Gosbee, L. (2005). Using human factors engineering to improve patient safety. *Oakbrook Terrace, IL: Joint Commission Resources*.
- Grande Dicionário da Língua Portuguesa. (2002). *Grande Dicionário da Língua Portuguesa*. Porto: Porto Editora.
- Greaves, C. (1999). Patients' perceptions of bedside handover. *Nurs Stand.*, 32-35.
- Griffin, F. A., & Haraden, C. (2005). Patient Safety and medical erros. In S. B. Ransom, M. Joshi, & D. Nash, *The healthcare quality book : vision, strategy, and tools* (pp. 241-267). Chicago, Illinois, Washington, D.C.: Health Administration Press / AUPHA Press.
- Griffith, C. 3., Wilson, J., & Rich, E. (1997). Intern call structure and patient satisfaction. *J Gen Intern Med*, 308-10.
- Haig, K., Sutton, S., & Whittington, J. (2006). SBAR: a shared mental model for improving communication between clinicians. 167-175.
- Hansen, H., Bull, M., & Gross, C. (1998). Interdisciplinary collaboration and discharge planning communication for elders. *J Nurs Adm*, 37-46.
- Hansten, R. (2003). Streamline change-of-shift report. *Nursing Management*, 58-59.
- Hardey, M., Payne, S., & Coleman, P. (2000). Scraps': Hidden nursing information and its influence on the delivery of care. . *J Adv Nurs*, 208-214.
- Hays, M. (2003). The phenomenal shift report: a paradox. *J Nurses Staff Dev*, 25-33.
- Hedberg, B., & Larsson, U. (2004). Environmental elements affecting the decision-making process in nursing practice. *J Clin Nurs*, 316-324.
- Helleso, R., Lorensen, M., & Sorensen, L. (2004). challenging the information gap—The patients transfer from hospital to home health care. *Int J Med Inform*, 569-580.
- Henderson, V. (2006). The concept of nursing. *Journal of Advanced Nursing*, pp. 21-34.
- Hendrich, A., & Lee, N. (2005). ntra-unit patient transports: Time, motion, and cost impact on hospital efficiency. *Nurs Econ.*, 157-164.
- Hendrich, A., Fay, J., & Sorrells, A. (2004). Effects of acuity-adaptable rooms on flow of patients and delivery of care. *Am J Crit Care*, 35-45.
- Hesbeen, W. (1997). *Cuidar no Hospital: enquadrar os cuidados de enfermagem numa perspectiva de cuidar*. Loures: Lusociência.
- Hesbeen, W. (1999). Le caring est-il prendre soin ? *Revue Perspective soignante*, 1-20.

- Hesbeen, W. (2001). *Qualidade em enfermagem - pensamento e acção na perspectiva do cuidar*. Loures: Lusociência.
- Hoban, V. (2003). How to... handle a handover. *Nursing Times*. 99, 9,, 54-55.
- Hopkinson, J. (2002). The hidden benefit: the supportive function of the nursing handover for qualified nurses caring for dying people in hospital. *J Clin Nurs*, 168-175.
- Horn, J., Bell, M. D., & Moss, E. (2004). Handover of responsibility for the anaesthetised patient – opinion and practice. *Anaesthesia*, 658–663.
- IHI. (2005). *Improvement Stories: Shifting to a Higher Standard*. Obtido em Abril de 2011, de Institute for Healthcare Improvement: <http://www.ihi.org/IHI/Topics/MedicalSurgicalCare/MedicalSurgicalCareGeneral/ImprovementStories/ShiftingtoaHigherStandard.htm>
- IHI. (2005). *SBAR Technique for Communication: A Situational Briefing Model*. Obtido em Junho de 2011, de Institute for Healthcare Improvement: <http://www.ihi.org/IHI/Topics/PatientSafety/SafetyGeneral/Tools/SBARTechniqueforCommunicationASituationalBriefingModel.htm>
- IHI. (2005). *Shifting to a higher standard*. Obtido em Abril de 2011, de Institute for Healthcare Improvement: <http://www.ihi.org/IHI/Topics/MedicalSurgicalCare/MedicalSurgicalCareGeneral/ImprovementStories/ShiftingtoaHigherStandard.htm>
- Imperatori, E. (1999). *Mais de 1001 conceitos para melhorar a qualidade dos serviços de saúde*. Lisboa: Edinova.
- Instituto da Qualidade em Saúde. (s/d). Qualidade em saúde uma perspectiva conceptual. *Qualidade em Saúde*.
- International Council of Nurses. (2002). *Patient Safety: ICN Position*. Obtido em 2010 de Abril, de International Council of Nurses: <http://www.icn.ch/pspatientsafe.htm>
- IoM. (1990). *Medicare: A Strategy for Quality Assurance*. Washington D.C.: National Academy Press.
- IOM. (2001). *Committee on the Quality of Health Care in America - Crossing the quality chasm: A new health system for the 21st century*. Washington, DC: National Academy Press.
- IoM. (2001). *Crossing the quality chasm: A new health system for the 21st century*. Washington, DC: National Academy Press; 2001.
- IOM. (2004). *Institute of Medicine - Keeping patients safe: Transforming the work environment of nurses*. Washington, DC: The National Academies Press.

- IQS, I. d. (2005). Segurança dos Doentes: Torná-la uma realidade! *Revista Qualidade em Saúde*, pp. 21-22.
- Ishikawa, K. (1985). *What is total quality control? The Japanese Way*. Englewood Cliffs: Prentice-Hall,.
- Ishikawa, K. (1997). *Controle de Qualidade Total*. Rio de Janeiro: Campus.
- JCAHO - Joint Commission. (1993). *The measurement mandate: on the road to performance improvement in health care*. Chicago: JCAHO editions.
- JCHAO – Joint Commission. (2005). *Strategies to Improve Hand-Off Communication: Implementing a Process to Resolve Questions*. Obtido em Março de 2011, de Joint Commission International Center for Patient Safety: <http://ps.mccimvermont.com/appdocs/lps/Strategies%20to%20Improve%20Hand%20off%20Communication.pdf>
- JCHAO - Joint Commission. (2006). *SBAR: a shared mental model for improving communication between clinicians*. Obtido em junho de 2011, de jcipatientsafety: <http://www.jcipatientsafety.org/docViewer.aspx>
- Jeffcott, S. A., Ibrahim, J. E., & Cameron, P. A. (2009b). Resilience in healthcare and clinical handover. *Qual Saf Health Care*, pp. 256–260.
- Jeffcott, S., Evans, S., Cameron, P., Chin, G., & Ibrahim, J. (2009). Improving measurement in clinical handover. *Quality and Safety in Health Care*, 272-277.
- Johnson, J. K., & Arora, V. M. (Agosto de 2009). Improving clinical handovers: creating local solutions for a global problem. *Quality and Safe Health Care*, pp. 244-245.
- Johnson, J. K., & Barach, P. (2009). Patient care handovers: what will it take to ensure quality and safety during times of transition? *MJA*, S110-S112.
- Joint Comission. (2008). *National Patient Safety Goals Hospital Program*. joint commission on accreditation of healthcare organizations.
- Joint Commission. (2005). *Strategies to improve hand-off communication: Implementing a process to resolve questions*. Obtido em Abril de 2011, de Joint Commission International Center for Patient Safety: <http://www.jcipatientsafety.org/15274/>
- Joint Commission. (2008). *Facts about the 2008 National Patient Safety Goals*. Obtido em 2011, de Joint Commission: [http://www.jointcommission.org/PatientSafety/NationalPatientSafetyGoals/08\\_npsg\\_facts.htm](http://www.jointcommission.org/PatientSafety/NationalPatientSafetyGoals/08_npsg_facts.htm)
- Jorm, C. M., White, S., & Kaneen, T. (2009). Clinical handover: critical communications. *MJA*, S108-S109.

- Junior, D., Siqueira, J., Silva, D., Almeida, L., Silva, W., Sousa, P., et al. (2010). Erro medicamentoso em cuidados de saúde primários: dimensão, causas e estratégias de prevenção. *Revista Portuguesa de Saúde Pública*, 40-46.
- Júnior, G. D., & Vieira, M. M. (2002). Qualidade total e administração hospitalar: explorando disjunções conceituais. *Ciência & Saúde Coletiva*, 325-334.
- Juran, J. (1951). *Quality control handbook*. Nova Iorque: McGraw-Hill.
- Juran, J. (1988). *Juran on planning for quality*. New York: The Free Press.
- Kane, R. L., Shamliyan, T., Mueller, C., Duval, S., & Wilt, T. J. (2007). Nurse Staffing and Quality of Patient Care. In A. f. Quality, *Evidence Report/Technology Assessment No. 151 (Prepared by the Minnesota Evidence-based Practice Center under Contract No. 290-02-0009.)*. Rockville, MD: AHRQ.
- Kassean, H. K., & Jagoo, Z. B. (2005). Managing change in the nursing handover from traditional to bedside handover – a case study from Mauritius. *BMC Nursing*, pp. 1-6.
- Kelly, R. (1999). Goings-on in a CCU: An ethnomethodological account of things that go on in a routine hand-over. *Nurs Crit Care*, 85-91.
- Kemple, T. (2009). Quality in Primary Health Care. Complexity: A simple approach to quality. Are we there yet? *British Medical Journal*, b1812.
- Kennedy, J. (1999). An evaluation of non-verbal handover. . *Prof Nurse.*, 391-394.
- Kérourac et al. (2006). *El Pensamiento Enfermero*. Masson.
- Kerr, M. P. (2002). A qualitative study of shift handover practice and function from a socio-technical perspective. 125-134.
- Kerr, M. P. (2002). A qualitative study of shift handover practice and function from a socio-technical perspective. *Journal of Advanced Nursing*, 125-134.
- Keyes, C. (2000). Coordination of care provision: the role of the 'handoff'. *Int J Qual Health Care*, 519.
- Kohn, L. T., Corrigan, J. M., & Donaldson, M. S. (2000). *To err is human : building a safer health system*. Washington, DC: Institute of Medicine - NATIONAL ACADEMY PRESS.
- Kohn, L.; Corrigan, J.; Donaldson, M. (2000). To Err is Human: Building a Safer Health System. In L. Kohn, J. Corrigan, & M. Donaldson. Washington, D.C.: National.
- Kurtz, S., Silverman, J., & Draper, J. (2005). *Teaching and learning communication skills in medicine*. Oxford: Radcliffe.



- Lage, M. J. (2010). Segurança do doente: da teoria á pratica clinica. *Revista Portuguesa de Saúde Publica*, 11-16.
- Laine, C., Goldman, L., Soukup, J., & Hayes, J. (1993). The impact of a regulation restricting medical house staff working hours on the quality of patient care. *JAMA*, 374-8.
- Lally, S. (1999). An investigation into the functions of nurses' communication at the inter-shift handover. *J Nurs Manag.* , 29-36.
- Lally, S. (1999). An investigation into the functions of nurses' communication at the inter-shift handover. *Br J Nurs.*, 1323-1326.
- LaMantia, M. A., Scheunemann, L. P., Viera, A. J., Busby-Whitehead, J., & Hanson, L. C. (2010). Interventions to Improve Transitional Care Between Nursing Homes and Hospitals: A Systematic Review. *Journal American Geriatrics Society*, 777-782.
- Lamond, D. (2000). The information content of the nurse change of shift report: a comparative study. *Journal of Advanced Nursing*, 794-804.
- Landro, L. (2006). Hospitals combat errors at the "Hand-Off". *The Wall Street Journal*, Jun 28; Sect D: 1-2.
- Lang, N. (1976). Issues in quality assurance in nursing. Paper presented at issues in evaluation research: an invitational conference. Kansas City, KS. *American Nurses Association*.
- Lanza, N. A. (1994). Análise das Abordagens da Qualidade: Estudo de caso em três empresas catarinenses. EFS/UFSC, Fpolis.
- Lawrence, R. H., Tomolo, A. M., Garlisi, A. P., & Aron, D. C. (2008). *Conceptualizing handover strategies at change of shift in the emergency department: a grounded theory study*. Obtido em Abril de 2010, de BMC Health Services Research: <http://www.biomedcentral.com/1472-6963/8/256>
- Leonard, M., Graham, S., & Bonacum, D. (2004). The human factor: The critical importance of effective teamwork and communication in providing safe care. *Qual Saf Health Care*, i85-i90.
- Lichtner, V., Galliers, J. R., & Wilson, S. (2010). A pragmatics' view of patient identification. *Quality and Safety Health Care*, 1-8.
- Lincoln, Y. S. (1992). *Conexiones simpáticas entre los Métodos Calitativos y la Investigacion en Salud*. Qualitative Health Research.
- Lindeman, C. (1999). The art of Nursing. *Creative Nursing*, pp. 3-4.
- Liukkonen, A. (1993). The content of nurses' oral shift reports in homes for elderly people. *J Adv Nurs.*, 1095-1100.

- Lobo, A. (2008). Erro na Administração de Medicação – Causas e Factores contributivos e Atitudes dos Enfermeiros - Dissertação apresentada para a obtenção do grau de Mestre em Comunicação em Saúde da Universidade Aberta. Lisboa.
- Lopes, A., & Capricho, L. (2007). *Gestão da Qualidade*. Lisboa: Editora RH.
- López, A. (Junho de 2008). Investigación cualitativa en cuidados paliativos. *Curso de Investigación*, pp. 6-8.
- Lugtenberg, M., Burgers, J. S., & Westert, G. P. (2009). Effects of evidence-based clinical practice guidelines on quality of care: a systematic review. *Qual Saf Health Care*, 385-392.
- Luz, D. A. (2005). Do Fazer ao Ser: Representação Social do Enfermeiro para o Aluno de Enfermagem. *DISSERTAÇÃO PARA A OBTENÇÃO DO GRAU DE DOUTOR EM PSICOLOGIA, ESPECIALIDADE PSICOLOGIA SOCIAL*. Lisboa: Universidade Aberta.
- Lyons, M. N., Standley, T. D., & Gupta, A. K. (2010). Quality improvement of doctors' shift-change handover in neuro-critical care. *Qual Saf Health Care*, Published online April 27, 2010 in advance of the print journal.
- Malik, A. M., & Schiesari, L. M. (1998). *Qualidade na Gestão Local de Serviços e Ações de Saúde, volume 3*. São Paulo: Instituto para o Desenvolvimento da Saúde – IDS, Núcleo de Assistência Médico-Hospitalar – NAMH/FSP – USP, Banco Itaú.
- Mallet, A. L. (2005). Qualidade em Saúde: tópicos para discussão. *Revista da SOCERJ*, pp. 449-456.
- Manias, E., & Street, A. (2000). The handover: uncovering the hidden practices of nurses. *Intensive and Critical Care Nursing*, 373–383.
- Manthey, M. (2009). Nursing's 21st Century values. *Creative Nursing*, pp. 5-6.
- Marques, M. I. (Novembro de 2000). Percepção «significativa» dos cuidados de enfermagem pelos utentes hospitalizados. *Referência*, pp. 5-15.
- Martinez, M. N., & Gonçalves, O. R. (2000). Qualidade na atenção à Saúde. *Brasília Med*, 109-113.
- Massoud, R. A. (2001). *A Modern paradigm for Improving Healthcare Quality*. Bethesda, Maryland: US Agency for International Development by the Quality Assurance Project.
- Matheus, M., Colvero, L., Igue, C., & Dias, D. (1998). Passagem de plantão: um estudo da comunicação verbal e não verbal. *Acta Paul Enf*, pp. 77-82.
- McCarthy, C. (2006). *Standardized Shift-Change Process Optimizes Time for Transfer of Patient Care Responsibility, Leads to High Levels of Nurse and Patient*

*Satisfaction*. Obtido em Abril de 2011, de AHRQ Health Care:  
<http://www.innovations.ahrq.gov/popup.aspx?id=1803&type=1&name=print>

- McCloughen, A., O'Brien, L., Gillies, D., & McSherry, C. (2008). Nursing handover within mental health rehabilitation: an exploratory study of practice and perception. *International Journal of Mental Health Nursing*. 17, 4, , 287-295.
- McGough, K., & Ladd, L. (1999). Facilitating communication and collaboration across the continuum: A transportable plan of care. *J Nurs Adm.*, 42-56.
- McKenna, L., & Walsh, K. (1997). Changing handover practices: One private hospital's experiences. *Int J Nurs Pract*, 128-132.
- McKnight, L. K., Stetson, P. D., Bakken, S., Curran, C., & Cimino, J. J. (2002). Perceived information needs and communication difficulties of inpatient Physicians and Nurses. *Journal of the American Medical Informatics Association*, pp. S64–S69.
- McKnight, L. K., Stetson, P. D., Bakken, S., Curran, C., & Cimino, J. J. (2002). Perceived Information Needs and Communication Difficulties of Inpatient Physicians and Nurses. *J Am Med Inform Assoc*, 64-69.
- Meißner, A., Hasselhorn, H., Estryng-Behar, M., Ne'zet, O., & Pokorski, J. (2007). Nurses' perception of shift handovers in Europe – results from the European Nurses' Early Exit Study. *Journal of Advanced Nursing*, pp. 535–542.
- Meyer, G., & Lavin, M. (Junho de 2005). *Vigilance: The Essence of Nursing* . Obtido em Abril de 2010, de Online Journal of Issues in Nursing:  
[www.nursingworld.org/MainMenuCategories/ANAMarketplace/ANAPeriodicals/OJIN/TableofContents/Volume102005/No3Sept05/ArticlePreviousTopic/VigilanceTheEssenceofNursing.aspx](http://www.nursingworld.org/MainMenuCategories/ANAMarketplace/ANAPeriodicals/OJIN/TableofContents/Volume102005/No3Sept05/ArticlePreviousTopic/VigilanceTheEssenceofNursing.aspx)
- Mikkelsen, G., & Aasly, J. (2001). Concordance of information in parallel electronic and paper based patient records. *IJMedinf*, 123-131.
- Miller, C. (1998). Ensuring continuing care: Styles and efficiency of the handover process. *Aust J Adv Nurs.*, 23-27.
- Milutinovic, D., Brestovacki, B., & Martinov-Cvejic, M. (2009). Patients' satisfaction with nursing care as an indicator of quality of hospital service. *Journal of Society for development of teaching and business processes in new net environment in B&H*, 412-419.
- Ministério da Saúde. (27 de Abril de 1999). Criação do Instituto da Qualidade em Saúde. *Diário da República IIª-B Série N°98 Portaria n° 288 / 99*.
- Mitchel, I. P., & Lang, N. M. (2004). Nurse staffing: a structural proxy for hospital quality? *Med Care*, 1-3.

- Mitchell, P. H. (2008). Defining Patient Safety and Quality Care. In H. RG, *Patient Safety and Quality: An Evidence-Based Handbook for Nurses*. (p. Chapter 1). Rockville (MD) : Agency for Healthcare Research and Quality .
- Mohr, J. J., & Batalden, P. B. (2002). Improving safety on the front lines: the role of clinical microsystems. *Qual Saf Health Care*, 45-50.
- Moniz, J. M. (2003). *A enfermagem e a pessoa idosa*. Loures: Lusociência.
- Monteiro, C. (2008). *Gestão da Qualidade nos Serviços Hospitalares - Gestão das reclamações*. Aveiro: Dissertação de Mestrado em Gestão - Departamento de Economia, Gestão e Engenharia Industrial da Universidade de Aveiro.
- Munro, N., & Taylor-Panek, S. (2007). The nurse practitioner role: the communication link for cardiac surgery patients. *Crit Care Nurs Clin North Am*, 385-94.
- Nemeth, C., Nunnally, M., O'Connor, M., & Cook, R. (2006). Creating Resilient IT: How the Sign-Out Sheet Shows Clinicians Make Healthcare Work. *AMIA Annu Symp* , 584-588.
- Nestel, D., & Kidd, J. (2006). Nurses' perceptions and experiences of communication in the operating theatre: a focus group interview. *BMC Nursing*, 5:1.
- Neto, A. (2005). Segurança dos pacientes, profissionais e organizações: um novo padrão de assistência à saúde. *RAS*, pp. 153-158;.
- Nightingale, F. (1987). I have done my duty. In S. Goldie, *Florence Nightingale in the Crimean War 1854-56*. Manchester: Manchester University Press.
- Nunes, L. (2006). *Tomada de posição sobre a segurança do cliente - Conselho Jurisdicional da Ordem dos Enfermeiros*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.
- O'Connell, B., MacDonald, K., & Kelly, C. (20 de Outubro de 2009). Nursing handover: it's time for change. *Contemporary Nurse*, pp. 1-13.
- O'Connell, B., & Penney, W. (2001). Challenging the handover ritual: Recommendations for research and practice. *Collegian*, 14-18.
- Oakland, J. S. (1994). *Gerenciamento da qualidade total*. São Paulo: Nobel.
- Odell, A. (1996). Communication theory and the shift handover report. *Br J Nurs*, 1323-1326.
- OE. (2001). *Conselho Jurisdicional - Parecer CJ/20 – 2001 SOBRE: Passagem de turno junto aos doentes, em enfermarias*. Obtido em 2011, de Ordem dos Enfermeiros:  
[http://www.ordemenfermeiros.pt/documentos/Documents/Parecer\\_CJ\\_20-2001.pdf](http://www.ordemenfermeiros.pt/documentos/Documents/Parecer_CJ_20-2001.pdf)

- OE. (2005). A enfermagem conta - erros de medicação. *Revista Ordem dos Enfermeiros*, 44-46.
- OE, O. d. (2004). *Competências do enfermeiro de cuidados gerais*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.
- OE, O. d. (Setembro de 2009). *Código Deontológico do Enfermeiro*. Obtido em Abril de 2010, de Ordem dos Enfermeiros:  
<http://www.ordemenfermeiros.pt/legislacao/Documents/LegislacaoOE/CodigoDeontologico.pdf>
- Oliveira, A., Ferreira, F., Campos, J., Pinheiro, P., & Azevedo, P. (2007). Qualidade da informação transmitida na passagem de turno em enfermagem. *Revista Nursing*, 20-23.
- OMS. (2004). *Organização Mundial de Saúde*. Obtido em Abril de 2010, de World Alliance for Patient Safety: <http://www.who.int/patientsafety/worldalliance/en/>
- OMS. (2006). London Declaration - Patients for Patient Safety. *WHO Collaborating Centre International Steering Committee. 11–12 June 2006 meeting*. Londres: OMS.
- OMS. (2006). WHO Collaborating Centre International Steering Committee. OMS.
- OMS. (2009). *Organização Mundial de Saúde*. Obtido em Abril de 2010, de International Classification for Patient Safety:  
[http://www.who.int/patientsafety/taxonomy/icps\\_full\\_report.pdf](http://www.who.int/patientsafety/taxonomy/icps_full_report.pdf)
- OMS, O. M. (2010). *Organização Mundial de Saúde*. Obtido em Abril de 2010, de WHO Patient Safety campaigns: <http://www.who.int/patientsafety/campaigns/en/>
- Organização Mundial de Saúde. (2007). *Communication During Patient Hand-Overs*. Obtido em 2009 de Dezembro, de Collaborating Centre for Patient Safety Solutions: <http://www.ccforpatientsafety.org/common/pdfs/fpdf/presskit/PS-Solution3.pdf>
- Ovretveit, J. (2000). Total quality management in European healthcare. *International Journal of Healthcare Quality Assurance*, 74-79.
- Ovretveit, J. (2001). Quality assessment and comparative indicators in the Nordic countries. *International Journal of Health Planning and Management*, 229-241.
- Øvretveit, J. (2003). *What are the best strategies for ensuring quality in hospitals?* Obtido em 2010, de World Health Organisation:  
[http://www.euro.who.int/\\_\\_data/assets/pdf\\_file/0006/74706/E82995.pdf](http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0006/74706/E82995.pdf)
- Paladini. (1995). *Gestão da Qualidade no Processo: A qualidade na produção de bens e serviços*. São Paulo – SP, Ed. Atlas

- Palmer, R. (1982). A review of methods for ambulatory medical care evaluation. *Medical Care*, 758-81.
- Parker, J., Gardner, G., & Wiltshire, J. (1992). Handover: The collective narrative of nursing practice. *Aust J Adv Nurs*, 31–37.
- Patterson, E., Roth, E., Woods, D., & Gomes, R. C. (2004). Handoff strategies in settings with high consequences for failure: Lessons for health care operations. *Int J Qual Health Care*, 125-132.
- Patterson, P., Blehm, R., Foster, J., Fuglee, K., & Moore, J. (1995). Nurse information needs for efficient care continuity across patient units. *J Nurs Adm*, 28-36.
- Payne, S., Hardey, M., & Coleman, P. (2000). Interactions between nurses during handovers in elderly care. *J Adv Nurs*, 277-285.
- Perry, S. (2004). Transitions in care: Studying safety in emergency department signovers. *Focus on Patient Safety*, pp. 1-3.
- Perry, S. J., Wears, R. L., & Patterson, E. S. (2008). High-Hanging Fruit: Improving Transitions in Health Care. In K. Henriksen, J. B. Battles, M. A. Keyes, & M. L. Grady., *Advances in Patient Safety: New Directions and Alternative Approaches (Vol. 3: Performance and Tools)*. Rockville (MD): ): Agency for Healthcare Research and Quality (USA).
- Pestana, C. M., Pestana, F., Freitas, & Luz, M. d. (2004). Vivências dos utentes face ao primeiro internamento. *Pensar Enfermagem*, pp. 22-30.
- Petersen, L. A., Brennan, T. A., O'Neil, A. C., Cook, E. F., & Lee, T. H. (1994). Does Housestaff Discontinuity of Care Increase the Risk for Preventable Adverse Events? *Ann Intern Med*, 866–872.
- Peterson, L. (1998). Using a computerized sign-out program to improve continuity of inpatient care and prevent adverse events. *Joint Commission Journal on Quality Improvement*, 77-87.
- Philibert, I., & Leach, D. C. (2005). Re-framing continuity of care for this century. *Qual. Saf. Health Care*, pp. 394-396.
- Pinto, A. (1990). *Metodologia da investigação psicológica*. Porto: Edições Jornal de Psicologia.
- Piroló, S. M., & Chaves, E. C. (2002). A EQUIPE DE ENFERMAGEM E O MITO DO TRABALHO EM GRUPO. *Rev Esc Enferm USP*, pp. 351-357.
- Pisco, L. (s/d). Perspectivas sobre a qualidade na Saúde. *Qualidade em Saúde*, 4-6.
- Pisco, L., & Biscaia, J. L. (2001). Qualidade de cuidados de saúde primários. *Revista Portuguesa de Saúde Pública*, 43-51.

- Pollit, D. F., & Hungler, B. P. (2004). *Fundamentos de Pesquisa em Enfermagem*. Porto Alegre: Artmed.
- Pothier, D., Monteiro, P., Mooktiar, M., & Shaw, A. (2005). Pilot study to show the loss of important data in nursing handover. *Br J Nurs.*, 1090-1093.
- Priest, C. (2000). Holmberg SK. A new model for the mental health nursing change of shift report. *J Psychosoc Nurs Ment Health Serv*, 36-43.
- Prouse, M. (1995). A study of the use of tape-recorded handovers. *Nurs Times*, 40-41.
- Quinti, G. (2001). *Qualità e politiche sanitarie*. Roma: Officina.
- Quinto-Neto, A., & Gastal, F. (1997). *Acreditação Hospitalar: Proteção dos usuários, dos profissionais e das instituições de saúde*. Porto Alegre: IAHCS.
- Quivy, R., & Campenhoudt, L. V. (2008). *Manual de investigação em ciências sociais*. Lisboa: Gradiva.
- Raduma-Tomàs, M. A., Flin, R., Yule, S., & Williams, D. (2011). Doctors' handovers in hospitals: a literature review. *BMJ Qual Saf*, 128-133.
- Reason, J. (2000). Human error: models and management. *BMJ*, 768-770.
- Reis, E., Santos, F. d., Campos, F. d., Acúrcio, F., Leite, M., Leite, M. L., et al. (1990). Avaliação da Qualidade dos Serviços de Saúde: Notas Bibliográficas. *Cadernos de Saúde Pública*, 50-61.
- REPE. (1996). Regulamento do Exercício Profissional do Enfermeiro. *Diário da república nº. 205 A I Série A de 04/09/1996*. Lisboa: Ministério da Saúde.
- Ribeiro, J. (1999). *Investigação e avaliação em psicologia e saúde*. Lisboa: Climepsi Editores.
- Ribeiro, O., Carvalho, F., Ferreira, L., & Ferreira, P. (Novembro de 2008). *Qualidade dos cuidados de saúde*. Obtido em Março de 2011, de Millenium - Revista do Instituto Superior Politécnico de Viseu: <http://www.ipv.pt/millenium/Millenium35/7.pdf>
- Richard, J. (1988). Congruence between intershift reports and patients' actual conditions. *Image J Nurs Sch*, 4-6.
- Riesenberg, L., Leisch, J., & Cunningham, J. (2010). Nursing handoffs: a systematic review of the literature. *Am J Nurs*, 24-34.
- Riesenberg, L., Leitzsch, J., Massucci, J. L., Jaeger, J., Rosenfeld, J., Patow, C., et al. (2009). Residents' and attending physicians' handoffs: a systematic review of the literature. *Acad Med*, 1775-87.

- Riley, R., Forsyth, R., Manias, E., & Iedema, R. (2007). Whiteboards: mediating professional tensions in clinical practice. *Commun Med.* 2007;4(2):165-75., 165-75.
- Salvage, J., & Heijnen, S. (1997). *Nursing in Europe: a resource for better health*. Copenhagen: Organização Mundial de Saúde - OMS/WHO Regional Publications, European Series.
- Sanchez, R. (1997). When a medical mistake becomes a media event: Interview by Mark Crane. *Med Econ.*, 158-62.
- Santell, J., Hicks, R., & Cousins, D. (2005). *MEDMARX(R)Data Report: A chartbook of 2000–2004 findings from intensive care units and radiological services*. Rockville, MD: USP Center for the Advancement of Patient Safety.
- Santo, C. d. (1999). As competências dos Enfermeiros e as práticas de enfermagem: contributos para a mudança. *Referência*, 53-58.
- Santos, A. J. (2008). *Gestão Estratégica - conceitos, modelos e instrumentos*. Lisboa: Escolar Editora.
- Santos, M., & Ferreira, R. (2004). Passagem de turno junto dos utentes: Melhoria efectiva na prestação de cuidados. *Revista Referência*, 49-53.
- Santos, M., Grilo, A., Andrade, G., Guimarães, T., & Gomes, A. (2010). Comunicação em saúde e a segurança do doente: problemas e desafios. *Revista Portuguesa de Saúde Pública*, pp. 47-57.
- Santos-António, N., & Teixeira, A. (2009). *Gestão da Qualidade: De Deming ao Modelo de Excelência da EFQM*. Lisboa: Edições Sílabo.
- Satzinger, W., Courté-Wienecke, S., Wenng, S., & Herkert, B. (2005). Bridging the information gap between hospitals and home care services: Experience with a patient admission and discharge form. *J Nurs Manag*, 257-264.
- Scovell, S. (2010). Role of the nurse-to-nurse handover in patient care. *Nursing Standard*, 35-39.
- Serapioni, M. (2009). Avaliação da qualidade em saúde. Reflexões teórico-metodológicas para uma abordagem multidimensional. *Revista Crítica de Ciências Sociais*, 65-92.
- Serranheira, F., Uva, A. S., & Sousa, P. (2010). Ergonomia hospitalar e segurança do doente: mais convergências que divergências. *Revista Portuguesa de Saúde Pública*, 58-73.
- Sexton, A., Chan, C., Elliott, M., Stuart, J., Jayasuriya, R., & Crookes, P. (2004). Nursing handovers: do we really need them. *Journal of Nursing Management*, pp. 37-42.



- Sharma, G., Freeman, J., Zhang, D., & Goodwin, J. S. (2009). Continuity of care and ICU utilization during end of life. *Arch Intern Med*, 81–86.
- Sherlock, C. (1995). The patient handover: a study of its form, function and efficiency. *Nurs Stand*, 33-6.
- Sherlock, C. (1995). The patient handover: A study of its form, function and efficiency. *Nurs Stand*, 33-36.
- Shojania, K. G., Duncan, B. W., McDonald, K. M., & Wachter, R. M. (2002). Safe but Sound: Patient Safety Meets Evidence-Based Medicine . *JAMA*, 508-513.
- SIMPATIE Project. (Maio de 2007). *Safety Improvement for Patients in Europe*. Obtido em Abril de 2010, de SIMPATIE Project - Final Report: <http://www.simpatie.org/Main>
- Siqueira, I., & Kurcgant, P. (2005). Passagem de plantão: falando de paradigmas e estratégias. *Acta Paul Enferm.*, pp. 446-451.
- Siqueira, M. (1998). Apresentação e avaliação de um método de passagem de plantão em Unidade de Internação. *Anais do 6º Encontro de Enfermagem e Tecnologia*, pp. 404 - 409.
- Smith, A., Pope, C., Goodwin, D., & Mort, M. (2008). Interprofessional handover and patient safety in anaesthesia: observational study of handovers in the recovery room. *British Journal of Anaesthesia*, pp. 332-337.
- Soares, C. (2004). A reunião de passagem de turno: contributos para uma reflexão. *Revista de Investigação em Enfermagem*, 14-23.
- Solet, D., Norvell, J., & Rutan, G. (2005). Lost in translation: Challenges and opportunities in physician-to-physician communication during patient handoffs. *Acad Med*, 1094-1099.
- Solet, D., Norvell, J., Rutan, G., & Frankel, R. (2005). Lost in translation: challenges and opportunities in physician-to-physician communication during patient handoffs. *Acad Med*, 1094-9.
- Sousa, P. (2006). PATIENT SAFETY: A Necessidade de uma Estratégia Nacional. *Acta Med Port*, pp. 309-318.
- Sousa, P. (2010). Qualidade em Saúde: da definição de políticas à avaliação de resultados. In C. Silva, M. Saraiva, & A. Teixeira, *A qualidade numa perspectiva multi e interdisciplinar* (pp. 19-31). Lisboa: edições sílabo.
- Sousa, P., Uva, A. d., Serranheira, F., Leite, E., & Nunes, C. (2011). *Segurança do doente: eventos adversos em hospitais portugueses: estudo piloto de incidência, impacto e evitabilidade*. Lisboa: Escola Nacional de Saúde Pública - Universidade de Lisboa.

- Spehar, A., Campbell, R., & Cherrie, C. (2005). Seamless care: Safe patient transitions from hospital to home. In K. Henriksen, J. Battles, & E. Marks, *Advances in patient safety: From research to implementation, Vol 1, Research findings*. (pp. 79-98). Rockville, MD: Agency for Healthcare Research and Quality.
- Spencer, R., Coiera, E., & Logan, P. (2004). Variation in Communication Loads on Clinical Staff in the Emergency Department. *Annals of emergency medicine*, 268-273.
- Stevens, D. P. (2008). Handovers and Debussy. *Qual Saf Health Care*, 17: 2-3.
- Stoecklein, M. (2005). Quality improvement systems, theories, and tools. In S. B. Ransom, M. Joshi, & D. Nash, *The healthcare quality book : vision, strategy, and tools* (pp. 63-86). Chicago, Illinois, Washington, D.C.: Health Administration Press / AUPHA Press.
- Strange, F. (1996). Handover: An ethnographic study of ritual in nursing practice. *Intensive Crit Care Nurs.*, 106-112.
- Stratton, K., & Blegen, M. P. (2004). Reporting of medication errors by pediatric nurses. *J Pediatr Nurs*, 385-392.
- Strople, B., & Ottani, P. (2006). Can technology improve intershift report? What the research reveals. *J Prof Nurs.*, 197-204.
- Taylor, C. (2002). Assessing patients' needs: Does the same information guide expert and novice nurses? *Int Nurs Rev.*, 11-19.
- Thakore, S., & Morrison, W. (2001). A survey of the perceived quality of patient handover by ambulance staff in the resuscitation room. *Emerg Med J*, 293-296.
- The High 5's Project. (2009). *The High 5's Project*. Obtido em Abril de 2010, de The High 5's Project Website : <https://www.high5s.org/bin/view/Main/WebHome>
- Thurgood, G. (1995). Verbal handover reports: What skills are needed? *Br J Nurs*, 720-722.
- Toledo, J. C. (1997). *Qualidade industrial: conceitos, sistemas e estratégias*. São Paulo: Atlas.
- Topf, M. (2000). Hospital noise pollution: An environmental stress model to guide research and clinical interventions. *J Adv Nurs.*, 520-528.
- Tourangeau, A. E., Cranley, L. A., & Jeffs, L. (2006). Impact of nursing on hospital patient mortality: a focused review and related policy implications. *Qual Saf Health Care*, 4-8.
- Turchi, L. M. (1997). *Qualidade Total: Afinal do que estamos falando?* Brasília: Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada.

- Uchimora, K., & Bosi, M. L. (2002). Qualidade e subjetividade na avaliação de programa e serviços em saúde. *Caderno de Saúde Pública*, 151-169.
- Vala, J. (2007). A análise de conteúdo. In A. S. Silva, & J. M. Pinto, *Metodologia das ciências sociais* (pp. 101-128). Porto: Edições Afrontamento.
- Vasconcellos, P. P. (2002). *Desenvolvimento de um modelo de avaliação da qualidade do serviço odontológico*. Florianópolis.: Dissertação (Mestrado em Engenharia de Produção) - Centro Tecnológico, Universidade Federal de Santa Catarina.
- Velji, K., Baker, G., Fancott, C., Andreoli, A., Boaro, N., Tardif, G., et al. (2008). Effectiveness of an adapted SBAR communication tool for a rehabilitation setting. *Healthcare Quartely*, 72-80.
- Vidarthi, A. (2004). *Agency for Healthcare and Research and Quality Web Morbidity & Mortality Rounds*. Obtido em Março de 2011, de Fumbled handoff: <http://webmm.ahrq.gov/case.aspx?caseID=55>
- Vidarthi, A. (Março de 2004). *AHRQ web - M&M*. Obtido em Março de 2011, de Fumbled handoff: missed communication between teams, discussant: <http://www.webmm.ahrq.gov/case.aspx?caseID=55&searchStr=Vidarthi+fumbled+handoff%3a+missed#ref9>
- Volpp, K., & Grande, D. (2003). Residents' suggestions for reducing errors in teaching hospitals. *N Engl J Med*, 851-855.
- Wachter, R., & Shojania, K. (2004). *Internal bleeding: The truth behind America's terrifying epidemic of medical mistakes*. New York: Rugged Land, LLC.
- Wakefield, J. (2007). *Patient safety: From learning to action. First Queensland Health report on clinical incidents and sentinel events*. Brisbane.: Queensland Health .
- Wandelt, M. (1976). Definitions of words germane to evaluation of health care. *NLN Publ*, 57-58.
- Wannmacher, L. (2005). Erros: evitar o evitável. *Uso Racional de Medicamentos: Temas Seleccionados.*, 1-7.
- Watson, J. (2002). *Enfermagem Pós-Moderna e Futura*. Loures: Lusociência.
- Webster, J. (1999). Practitioner-centred research: An evaluation of the implementation of the bedside hand-over. *J Adv Nurs*, 1375-1382.
- Wernke, R. (2000). *Custos da qualidade: uma abordagem prática*. Porto Alegre: CRCRS.
- White, S. (2004). Improving patient safety using quality tools and techniques. In J. Byers, & S. White, *Patient safety principles and practice* (pp. 87-134). New York: Springer Publishing Company.

- WHO, W. H. (2006). *Quality of care : a process for making strategic choices in health systems*. Obtido em 2010, de World Health Organization: [http://www.who.int/management/quality/assurance/QualityCare\\_B.Def.pdf](http://www.who.int/management/quality/assurance/QualityCare_B.Def.pdf)
- Whyte, A. (2010). Relighting the lamp. *Nursing Standard*, pp. 18-20.
- Wilson, R. M., Runciman, W. B., Gibberd, R. W., Harrison, B. T., Newby, L., & Hamilton, J. D. (1995). The Quality in Australian Health Care Study. *THE MEDICAL JOURNAL OF AUSTRALIA*, 458-472.
- Wilson, S., Galliers, J., & Fone, J. (2005). Medical handover: a study and implications for information technology. *HEPS*.
- Wischet, W., & Schusterschitz, C. (2009). Quality management and safety culture in medicine – Do standard quality reports provide insights into the human factor of patient safety? *German Medical Science*, 1-8.
- Wong, M., Turner, P., & Yee, K. (2007). Socio-cultural issues and patient safety: a case-study into the development of an eletronic suport toolfor clinical handover. *Stud Health Technol Inform*, 279-89.
- Xiao, Y., Schenkel, S., Faraj, S., Mackenzie, C., & Moss, J. (2007). What whiteboards in a trauma center operating suite can teach us about emergency department communication. *Ann Emerg Med.*, 387-95.
- Yates, G., Bernd, D., & Sayles, S. (2005). Building and sustaining a systemwide culture of safety. *Jt Comm J Qual Patient Saf*, 684-689.
- Yin, R. (2003). *Applications of case study research*. London: Sage publications.
- Zinn, C. (1995). 14,000 preventable deaths in Australia. *BMJ* , 310:1487.
- Zinn, C. (1995). 14,000 preventable deaths in Australian hospitals. *BMJ*, 1487.

**Anexos**

Anexo 1 - Autorização comissão ética

**COMISSÃO DE ÉTICA PARA A SAÚDE**

Exmo(a). Sr(a).

Enfº. Luís Carlos Barata Gomes

Piso 3, HÁ

Hospital da Luz

Assunto: " A Segurança do Doente na Transferência de Responsabilidades entre Enfermeiros: A Importância da Comunicação"

CC.: Director Clínico / Conselho de Administração

A Comissão de Ética para a Saúde do Hospital da Luz, reunida a 08/07/2010

aprovou por unanimidade a realização do estudo clínico : " A Segurança do Doente na Transferência de Responsabilidades entre Enfermeiros: A Importância da Comunicação" de que V. Exa. é investigador principal.

Com os melhores cumprimentos

Lisboa, 08/07/2010

Pel'A Comissão de Ética para a Saúde

**Hospital da Luz, S.A.**  
Cont. n.º 507 485 637  
Av. Lusitana, 100  
1200-002 LISBOA

João Sá, Presidente

## **Apêndices**



Apêndice 1 - Quadro indutivo das Dimensões/Situações do estudo para o delineamento  
do processo de dados

**Quadro Indutivo das Dimensões/Situações do estudo para o delineamento do processo de recolha de dados**

Dimensões em estudo	Objectivos	Hipóteses implícitas	Elementos de evidência	Meios de verificação
Demográfica	Caracterizar os inquiridos quanto ao género, idade, profissão e tempo de exercício profissional;	H: Há diferença na influência do processo de transmissão de responsabilidades na segurança do doente em função da idade, género, formação académica e competências profissionais	O'Connell, MacDonald, & Kelly (2009)	Entrevista: Questões 1. (1.1 a 1.7)
Descrição do processo de Passagem de turno	<p>Caracterizar o processo de transferência de informações;</p> <p>Descrever as actividades dos Enfermeiros no processo de transferência de informações e a influência do processo de comunicação;</p> <p>Identificar as características estruturais fundamentais ao processo de passagem de turno;</p> <p>Caracterizar a influência do processo de passagem de turno na continuidade dos cuidados;</p> <p>Descrever as funções associadas ao processo de passagem de turno;</p>	<p>H: Há diferença no desenvolvimento do processo de passagem de turno no Serviço;</p> <p>H: Há diferença na informação transmitida pelos Enfermeiros;</p> <p>H: Há diferença no desenvolvimento do processo de comunicação na passagem de turno entre os Enfermeiros;</p> <p>H: Há diferença na percepção dos Enfermeiros face à importância da passagem de turno como instrumento de continuidade de cuidados;</p>	<p>Jeffcott, Evans, Cameron, Chin, &amp; Ibrahim (2009a)</p> <p>Meißner, Hasselhorn, Estry-Behar, Ne'zet, &amp; Pokorski (2007)</p> <p>O'Connell, MacDonald, &amp; Kelly (2009)</p>	<p>Observação;</p> <p>Entrevista: Questões a); g); h);</p>
Vantagens e Limitações do processo de passagem de turno	<p>Descrever, sobre o processo de transferência de informações, as principais vantagens e limitações;</p> <p>Identificar a passagem de turno como componente essencial na qualidade dos cuidados e segurança do</p>	H: Há diferença na importância da passagem de turno como instrumento promoção da Segurança do doente;	<p>Agency for Healthcare Research and Quality</p> <p>Australian Commission on Safety and Quality in Health</p>	<p>Observação;</p> <p>Entrevista: Questões b); c); d); f);</p>

	doente;  Identificar os factores da passagem de turno com impacto na segurança do cliente;		Care  British Medical Association  O'Connell, MacDonald, & Kelly (2009)	
Sugestões de melhoria no processo de passagem de turno	Verificar a influencia do processo de passagem de turno no desenvolvimento e aperfeiçoamento de competências da equipa de Enfermeiros;  Identificar contribuições para a melhoria e aperfeiçoamento do processo de passagem de turno;	H: Há diferença na atenção Organizacional atribuída ao processo de passagem de turno como instrumentos de promoção e melhoria contínua da qualidade e da segurança do doente;	Agency for Healthcare Research and Quality  Australian Commission on Safety and Quality in Health Care  British Medical Association  O'Connell, MacDonald, & Kelly (2009)	Observação;  Entrevista: Questões e); i);
Percepção do Enfermeiros do processo de passagem de turno	Determinar a importância do processo de passagem de turno na segurança do doente no Serviço;  Verificar as competências dos Enfermeiros inerentes ao processo de passagem de turno e necessidades de desenvolvimento para a melhoria continua;  Descrever o conhecimento dos Enfermeiros sobre os instrumentos disponíveis para melhoria do processo de passagem de turno;	H: Há diferença na percepção dos enfermeiros face à responsabilização inerente ao processo de passagem de turno;  H: Há diferença na percepção dos Enfermeiros face à influência da passagem de turno na segurança do doente;	Agency for Healthcare Research and Quality  Australian Commission on Safety and Quality in Health Care  British Medical Association  O'Connell, MacDonald, & Kelly (2009)	Observação;  Entrevista: Questões j); l);

## Apêndice 2 - Grelha de observação estruturada



Dimensão	Caracterização da passagem de turno	Observado	Não Observado	Inferências/ Anotações
Informação	Comunicação verbal			
	Comunicação face a face			
	Comunicação com linguagem científica, clara, perceptível e objectiva			
	Comunicação com linguagem informal			
	Comunicação directa com próximo Enfermeiro Responsável pelo cliente			
	Informação estruturada/padronizada (ex: modelo cefalo-caudal ou Soarian)			
	Informação desestruturada (informações, descontextualizadas, misturadas, desconexas)			
	Informações pendentes (ex: confirmação local cirurgico)			
	Informações omissas (ex: historia pessoal)			
	Informações erradas (ex: local cirurgico)			
	Confirmação da Informação recebida (Read-Back)			
	Esclarecimento de pedidos de informação			
	Situação Actual do cliente (Caracterização, diagnostico, médico responsável)			
	Enquadramento com história pessoal do cliente (Historia pessoal, antecedentes clínicos, alergias)			
	Descrição da evolução do estado clínico do cliente			
	Transmissão de alerta para situações mais prementes (ex: cliente TA elevada, aguarda efeito de fármaco)			
	Transmissão de Alertas de riscos para a segurança do cliente			
	Transmissão de alertas sobre regime farmacológico do cliente			
	Transmissão de Recomendações/ Sugestões para a prestação de cuidados			
Sistema/processo				
	Preparação da Passagem de Turno			
	Passagem na Sala de Passagem de Turno			
	Todos os Enfermeiros (equipa seguinte) presentes			
	Todos os Enfermeiros (equipa seguinte) sentados			
	Liderança da passagem de turno assegurada			

	Atribuição dos doente aos Enfermeiros Responsáveis prévia ao início			
	Início na hora definida para a passagem de turno			
	Folha de passagem de turno disponível			
	Suporte em registo escrito (folha de passagem de turno)			
	Interrupção por necessidade de presença junto do cliente			
	Interrupção por necessidade junto de familiar ou pessoa significativa			
	Interrupção por outros membros da equipa			
	Interrupção para discussão clínica, partilha de experiencias e dificuldades ou socialização.			
	Interrupção por outros motivos (ex: telemoveis pessoais, indisposição pessoal)			
	Acesso a sistema de Informação como suporte à passagem de turno			
	Utilização do Sistema de Informação como suporte complementar			
	Presença de Enfermeiro (equipa de saída) fora da sala de passagem de turno			
	Presença de Enfermeiro (equipa de saída) com passagem de turno preparado			
	Interacção entre os Enfermeiros			
	Socialização entre os Enfermeiros			
	Integração de novos Enfermeiros na equipa			
	Oportunidades de formação e desenvolvimento de competências			
	Terminou no tempo destinado para a passagem de turno			
Individuais/Segurança				
	Passagem pelo Enfermeiro Responsável pelo cliente			
	Avaliação da familiaridade do Enfermeiro seguinte com o cliente			
	Responsabilização do próximo Enfermeiro Responsável pelo cliente			
	Responsabilização por resolução de situações pendentes			
	Demonstração de falta de competências para gerir algum aspecto relacionado com o cliente ou família			
	Exposição de dificuldades sentidas			
	Discussão do quadro clinico do cliente			

	Discussão do plano de cuidados de Enfermagem			
	Envolvimento do cliente na passagem de turno			



### Apêndice 3 - Guião de entrevista semi-estruturada



Universidade de Évora

Escola Superior de Tecnologia da Saúde de Lisboa



Exm.º Sr. (a) Enf.(a), Chamo-me Luis Carlos Barata Gomes, sou Enfermeiro e aluno do o VI Curso de Mestrado em Mestrado em Intervenção Sócio-Organizacional na Saúde, (Ramo de especialização em Políticas de Administração e Gestão de Serviços de Saúde) ministrado, em associação, pela Universidade de Évora e pela Escola Superior de Tecnologia da Saúde de Lisboa. Neste âmbito encontro-me a desenvolver o trabalho de dissertação submetido ao tema “*A segurança do doente na transferência de responsabilidades entre Enfermeiros: a importância da comunicação*”. O principal objectivo prende-se com a compreensão do impacto do processo de transferência de responsabilidades na segurança do cliente.

Para conseguir concretizar o meu estudo necessito da sua colaboração, pelo que venho pedir-lhe que responda à seguinte entrevista com o máximo de sinceridade, garantindo-lhe desde já o compromisso com os mais válidos procedimentos éticos e deontológicos. Todos os dados recolhidos serão sempre submetidos a **confidencialidade e anonimato**.

Desde já expresso o meu apreço pela sua colaboração.

Luis Carlos Barata Gomes

Lisboa, Outubro de 2010

## 1. Caracterização demográfica

<b>Identificação</b>				<b>1.1. Idade</b>		
				<b>1.2. Género</b>		

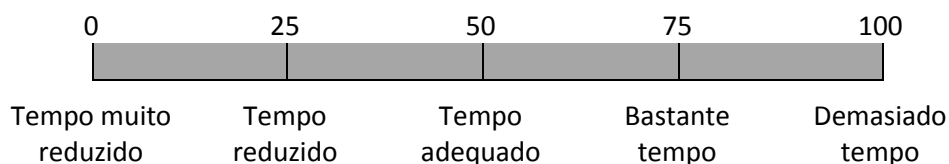
<b>Formação Académica</b>	<b>1.3. Licenciatura</b>				
	<b>1.4. Pós Graduada com grau</b>	<b>Especialidade</b>			
		<b>Mestrado</b>			
		<b>Doutoramento</b>			
<b>1.5. Na área da qualidade e segurança do doente</b>					

<b>Actividade profissional</b>	<b>1.5. Tempo de Profissão (anos/meses)</b>			<b>1.6. Tempo no Serviço (anos/meses)</b>		
	<b>1.7. Experiência em outras especialidades (sim/não)</b>	<b>Médico Cirúrgica - Especialidades Cirúrgicas</b>				
		<b>Médico Cirúrgica - Especialidades Médicas</b>				
		<b>Médico Cirúrgica - BO</b>				
		<b>Médico Cirúrgica - UCI</b>				
		<b>Médico Cirúrgica - Urgência</b>				
		<b>Saúde Comunitária</b>				
		<b>Saúde Infantil e Pediátrica</b>				
<b>Saúde Materna e Obstétrica</b>						
	<b>Saúde Mental e Psiquiátrica</b>					

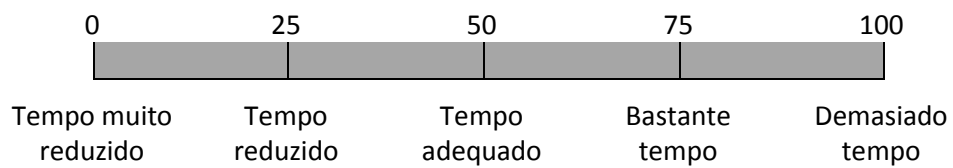
## 2. Caracterização da passagem de turno

Na escala que se segue, assinale com X, o grau em que avalia o processo da sua passagem de turno:

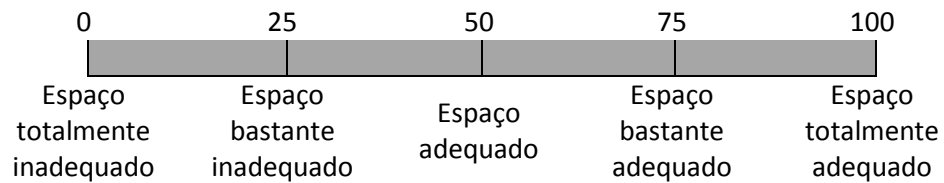
### a) Quanto ao tempo que dispõem para as passagens de turno?



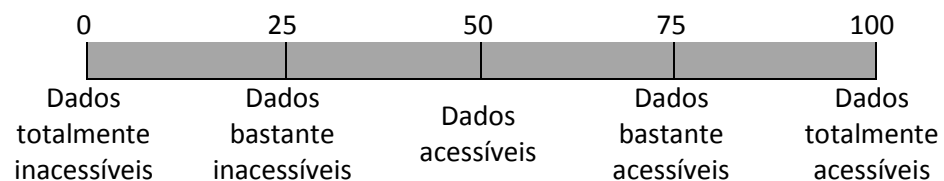
**b) Quanto à duração média das suas passagens de turno?**



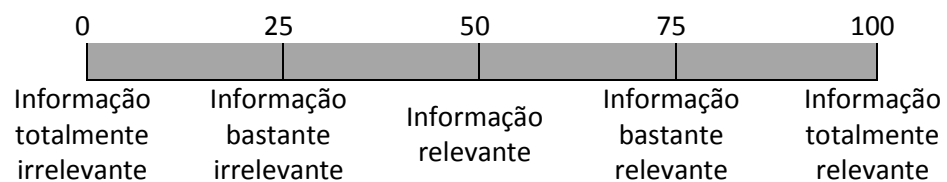
**c) Quanto ao espaço em que se realizam as suas passagens de turno?**



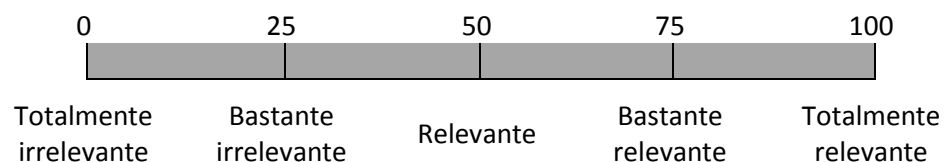
**d) Quanto à possibilidade de acesso a todos os dados que considera necessários para a prestação de cuidados?**



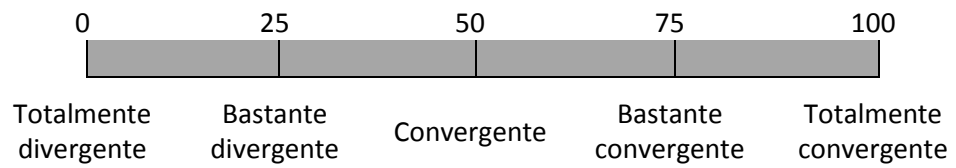
**e) Quanto à relevância global das informações transmitidas?**



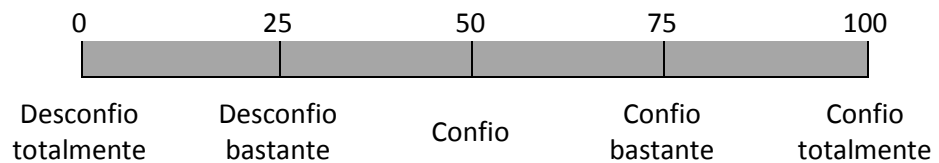
**f) Quanto à relevância da experiência profissional de quem recebe/transmite dados na qualidade da informação?**



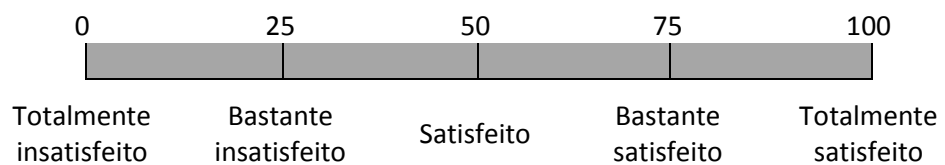
**g) Quanto á organização das informações transmitidas?**



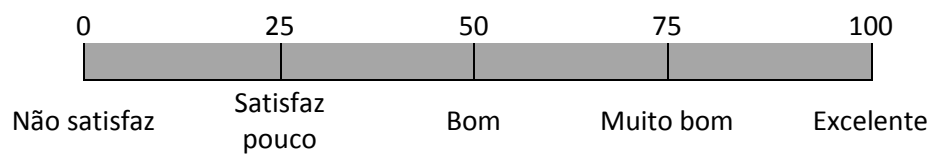
**h) No global, qual o seu grau de confiança na informação recebida na passagem de turno?**



**i) No global, qual o seu grau de satisfação em relação às passagens de turno que realiza?**



**j) No global, como avalia o grau de qualidade das passagens de turno que realiza?**



### 3. Caracterização da percepção sobre a passagem de turno

#### Guião de Entrevista

Pedia-lhe que para a nossa conversa se centra-se na passagem de turno que faz normalmente. Pretendemos conhecer a sua percepção em relação a esta actividade.

1. Pode descrever, da forma mais sequencial possível, como é que se processam essas passagens de turno?

Ex: Como inicia? Quando? Onde? Quem está presente? Quem lidera? Quais os instrumentos utilizados? Que interferências?

2. Que elementos considera serem mais relevantes na informação transmitida nas passagens de turno?

Ex: que informação? Qual a mais relevante? Clareza? Padronização da informação vs flexibilidade?

3. Para si as funções da passagem de turno cingem-se à transmissão de informação ou reconhece outras? Quais?

Ex: Transmissão de informação? Responsabilidades? Integração de novos elementos?

4. Qual é para si a importância, ou as vantagens da passagens de turno?

Ex: Continuidade de cuidados? Promoção da segurança? Interrelação da equipa de saúde? Suporte emocional?

5. Quais os pontos que pensa susceptíveis de melhoria da passagem de turno?

#### Apêndice 4 - Grelha de Observação - pré teste

Grelha de Observação Estruturada											
Contexto					Data				2010		
Actividade											
Local											
Descrição da Actividade											
Caracterização Geral											
Intervenientes											
Liderança da passagem de turno											
Duração (Horas/minutos)		Início		Fim		Total					
Recursos											
Notas											
Dimensão	Caracterização da passagem de turno				Observado	Não Observado	Inferências/ Anotações				



Informação	Comunicação verbal			
	Comunicação face a face			
	Comunicação com linguagem científica, clara, perceptível e objectiva			
	Comunicação com linguagem informal			
	Comunicação directa com próximo Enfermeiro Responsável pelo cliente			
	Informação estruturada/padronizada (ex: modelo cefalo-caudal ou Soarian)			
	Informação desestruturada (informações, descontextualizadas, misturadas, desconexas)			
	Informações pendentes (ex: confirmação local cirurgico)			
	Informações omissas (ex: historia pessoal)			
	Informações erradas (ex: local cirurgico)			
	Confirmação da Informação recebida (Read-Back)			
	Esclarecimento de pedidos de informação			
	Situação Actual do cliente (Caracterização, diagnostico, médico responsável)			
	Enquadramento com história pessoal do cliente (Historia pessoal, antecedentes clínicos, alergias)			
	Descrição da evolução do estado clínico do cliente			
	Transmissão de alerta para situações mais prementes (ex: cliente TA elevada, aguarda efeito de fármaco)			
	Transmissão de Alertas de riscos para a segurança do cliente			
	Transmissão de alertas sobre regime farmacológico do cliente			
	Transmissão de Recomendações/ Sugestões para a prestação de cuidados			
Sistema/processo				
	Preparação da Passagem de Turno			
	Passagem na Sala de Passagem de Turno			
	Todos os Enfermeiros (equipa seguinte) presentes			
	Todos os Enfermeiros (equipa seguinte) sentados			
	Liderança da passagem de turno assegurada			
	Atribuição dos doente aos Enfermeiros Responsáveis prévia ao inicio			

	Início na hora definida para a passagem de turno			
	Folha de passagem de turno disponível			
	Suporte em registo escrito (folha de passagem de turno)			
	Interrupção por necessidade de presença junto do cliente			
	Interrupção por necessidade junto de familiar ou pessoa significativa			
	Interrupção por outros membros da equipa			
	Interrupção para discussão clínica, partilha de experiências e dificuldades ou socialização.			
	Interrupção por outros motivos (ex: telemoveis pessoais, indisposição pessoal)			
	Acesso a sistema de Informação como suporte à passagem de turno			
	Utilização do Sistema de Informação como suporte complementar			
	Presença de Enfermeiro (equipa de saída) fora da sala de passagem de turno			
	Presença de Enfermeiro (equipa de saída) com passagem de turno preparado			
	Interacção entre os Enfermeiros			
	Socialização entre os Enfermeiros			
	Integração de novos Enfermeiros na equipa			
	Oportunidades de formação e desenvolvimento de competências			
	Terminou no tempo destinado para a passagem de turno			
Individuais/Segurança				
	Passagem pelo Enfermeiro Responsável pelo cliente			
	Avaliação da familiaridade do Enfermeiro seguinte com o cliente			
	Responsabilização do próximo Enfermeiro Responsável pelo cliente			
	Responsabilização por resolução de situações pendentes			
	Demonstração de falta de competências para gerir algum aspecto relacionado com o cliente ou família			
	Exposição de dificuldades sentidas			
	Discussão do quadro clínico do cliente			
	Discussão do plano de cuidados de Enfermagem			
	Envolvimento do cliente na passagem de turno			





Universidade de Évora

Escola Superior de Tecnologia da Saúde de Lisboa



Exm.º Sr. (a) Enf.(a), Chamo-me Luis Carlos Barata Gomes, sou Enfermeiro e aluno do o VI *Curso de Mestrado em Mestrado em Intervenção Sócio-Organizacional na Saúde*, (Ramo de especialização em Políticas de Administração e Gestão de Serviços de Saúde) ministrado, em associação, pela Universidade de Évora e pela Escola Superior de Tecnologia da Saúde de Lisboa. Neste âmbito encontro-me a desenvolver o trabalho de dissertação submetido ao tema *“A segurança do doente na transferência de responsabilidades entre Enfermeiros: a importância da comunicação”*. O principal objectivo prende-se com a compreensão do impacto do processo de transferência de responsabilidades na segurança do cliente.

Para conseguir concretizar o meu estudo necessito da sua colaboração, pelo que venho pedir-lhe que responda à seguinte entrevista com o máximo de sinceridade, garantindo-lhe desde já o compromisso com os mais válidos procedimentos éticos e deontológicos. Todos os dados recolhidos serão sempre submetidos a **confidencialidade e anonimato**.

Desde já expresso o meu apreço pela sua colaboração.

Luis Carlos Barata Gomes

Lisboa, Outubro de 2010

## 1. Caracterização demográfica

<b>Identificação</b>			1.1. Idade	
			1.2. Género	

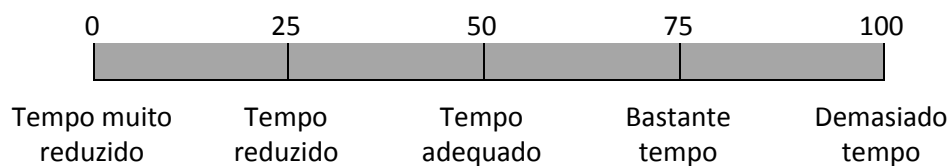
Formação Académica	1.3. Licenciatura		
	1.4. Pós Graduada com grau	Especialidade	
		Mestrado	
		Doutoramento	
	1.5. Na área da qualidade e segurança do doente		

Atividade profissional	1.5. Tempo de Profissão (anos/meses)		1.6. Tempo no Serviço (anos/meses)	
	1.7. Experiência em outras especialidades (anos/meses)	Médico Cirúrgica - Especialidades Cirúrgicas		
		Médico Cirúrgica - Especialidades Médicas		
		Médico Cirúrgica - BO		
		Médico Cirúrgica - UCI		
		Médico Cirúrgica - Urgência		
		Saúde Comunitária		
		Saúde Infantil e Pediátrica		
		Saúde Materna e Obstétrica		
		Saúde Mental e Psiquiátrica		

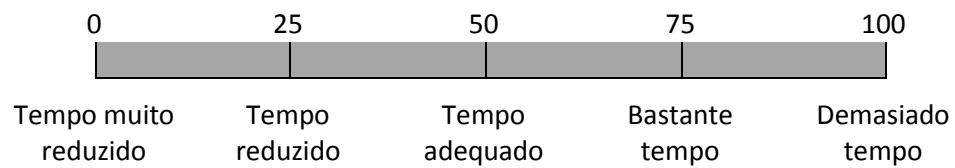
## 2. Caracterização da passagem de turno

Na escala que se segue, assinale com X, o grau em que avalia o processo da sua passagem de turno:

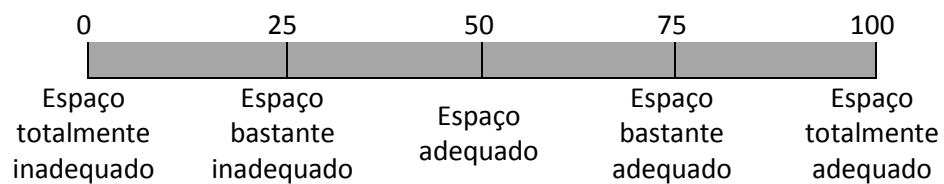
### a) Quanto ao tempo que dispõem para as passagens de turno?



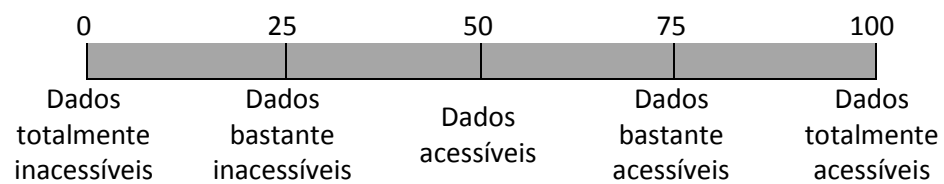
**b) Quanto à duração média das suas passagens de turno?**



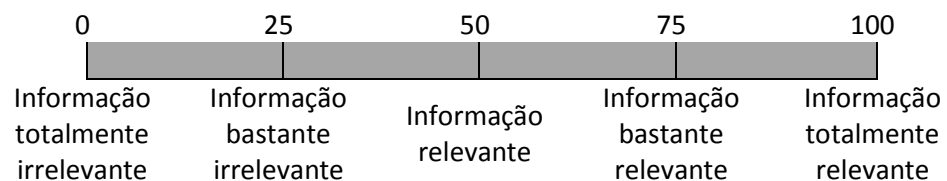
**c) Quanto ao espaço em que se realizam as suas passagens de turno?**



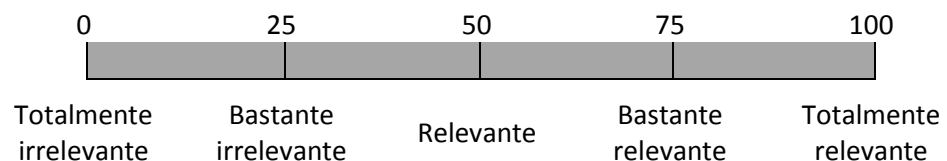
**d) Quanto à possibilidade de acesso a todos os dados que considera necessários para a prestação de cuidados?**



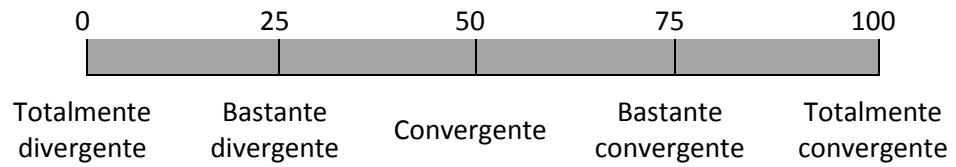
**e) Quanto à relevância global das informações transmitidas?**



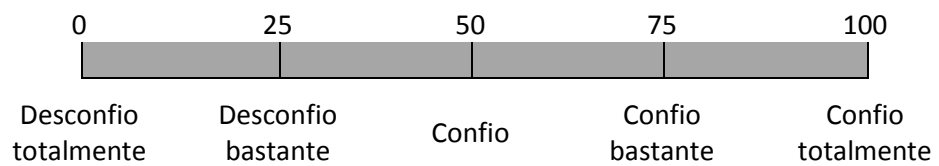
**f) Quanto à relevância da experiência profissional de quem recebe/transmite dados na qualidade da informação?**



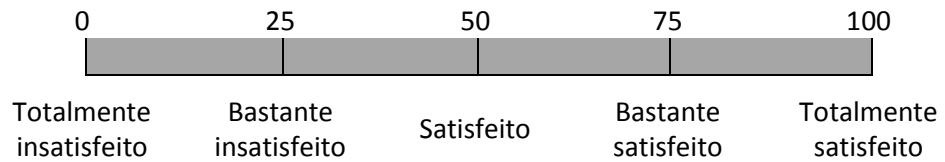
**g) Quanto á organização das informações transmitidas?**



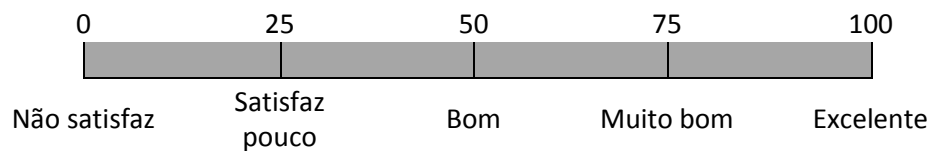
**h) No global, qual o seu grau de confiança na informação recebida na passagem de turno?**



**i) No global, qual o seu grau de satisfação em relação às passagens de turno que realiza?**



**j) No global, como avalia o grau de qualidade das passagens de turno que realiza?**



### **3. Caracterização da percepção sobre a passagem de turno**

#### Guião de Entrevista

Pedia-lhe que para a nossa conversa se centra-se na passagem de turno que faz normalmente. Pretendemos conhecer a sua percepção em relação a esta actividade.

1. Como é que se processam essas passagens de turno?
2. Que elementos considera serem mais relevantes na informação transmitida nas passagens de turno?
3. Para si as funções da passagem de turno cingem-se à transmissão de informação ou reconhece outras? Quais?
4. Qual é para si a importância, ou as vantagens da passagens de turno?
5. Quais os pontos que pensa susceptíveis de melhoria da passagem de turno?





Exma. Sr.<sup>a</sup>. Enfermeira  
Directora do Hospital da Luz,  
SA

**Assunto:** Pedido de autorização para recolha de informação no âmbito de dissertação de mestrado

Exma Sra. Enf.<sup>a</sup> Maria José Costa Dias

Chamo-me Luís Carlos Barata Gomes, sou enfermeiro a exercer funções no Internamento médico-cirúrgico – 3HA do Hospital da Luz, SA. Actualmente encontro-me a frequentar o *VI Curso de Mestrado em Mestrado em Intervenção Sócio-Organizacional na Saúde*, (Ramo de especialização em Políticas de Administração e Gestão de Serviços de Saúde) ministrado, em associação, pela Universidade de Évora e pela Escola Superior de Tecnologia da Saúde de Lisboa.

Neste momento, concluída a componente curricular encontro-me a desenvolver a dissertação, sob a orientação do Professor Doutor Paulo Sousa (Professor Auxiliar da Escola Nacional de Saúde Pública – Universidade Nova de Lisboa) e Co-Orientado pela Professora Doutora Margarida Santos (Professora Coordenadora da Escola Superior de Tecnologia da Saúde de Lisboa), na área da Qualidade e Segurança do Doente.

A dissertação tem como o título provisório “*A segurança do doente na transferência de responsabilidades entre Enfermeiros: a importância da comunicação*”. Tendo em conta os objectivos do estudo, venho por este meio solicitar a V. Ex. autorização para recolher informação (através de observação da passagem de turno e entrevista) junto de enfermeiros a exercerem funções no internamento médico-cirúrgico – 3HA do Hospital da Luz, SA. Mais informo que expus, informalmente, à Sr.<sup>a</sup> Enfermeira

Isabel Rodrigues Gonçalves (Enf.<sup>a</sup> Coordenadora) todos os pressupostos deste estudo.

A transferência de informações essenciais e das responsabilidades entre profissionais, implícitas na prestação de cuidados a um doente, pressupõem, entre outros componentes, um processo de comunicação. Ao atendermos às determinações da OMS face à segurança do doente podemos objectivar que a comunicação entre os profissionais insurge-se como uma dimensão carente de atenção nos domínios da prática e investigação em saúde. Se direccionarmos esta atenção à prática dos profissionais de enfermagem, depreendemos que esta é uma dimensão fulcral. Assim, é objectivo deste estudo contribuir para o conhecimento do processo de transferência de responsabilidades durante a passagem de turno como ponto de importante influência na qualidade dos cuidados e segurança do doente.

Agradeço, desde já, a atenção dispensada, com os melhores cumprimentos pessoais,

Luís Carlos Barata Gomes

Lisboa, 25 de Janeiro de 2010

Apêndice 7 - Consentimento informado para a realização da entrevista

Consentimento
---------------

Eu \_\_\_\_\_  
concordo em participar num estudo de investigação conduzido por Luís Carlos Barata Gomes, aluno do VI Curso de Mestrado em Mestrado em Intervenção Sócio-Organizacional na Saúde, (Ramo de especialização em Políticas de Administração e Gestão de Serviços de Saúde) ministrado, em associação, pela Universidade de Évora e pela Escola Superior de Tecnologia da Saúde de Lisboa, sob a orientação do Professor Doutor Paulo Sousa (Professor Auxiliar da Escola Nacional de Saúde Pública – Universidade Nova de Lisboa) e Co-Orientado pela Professora Doutora Margarida Santos (Professora Coordenadora da Escola Superior de Tecnologia da Saúde de Lisboa), na área da Qualidade e Segurança do Doente e em colaboração com o serviço de Internamento Médico Cirúrgico 3-HA do Hospital da Luz, SA.

Compreendo que:

- a minha participação será totalmente voluntária;
- ao colaborar nesta investigação estarei a possibilitar o alargamento do conhecimento na área da segurança do doente, mais especificamente na melhoria do processo de transmissão de responsabilidades entre Enfermeiros;
- a minha participação neste estudo implica a observação da passagem de turno e uma entrevista;

Compreendo que toda a informação obtida neste estudo será estritamente confidencial e que a minha identidade, jamais será revelada em qualquer relatório ou publicação ou a qualquer pessoa que não esteja directamente relacionada com este estudo.

Assinatura			
Data		Outubro	2010

## Apêndice 8 - Entrevistas realizadas (CD)

CD